

DYSPEPSIE

N° 51

ET

LYPEMANIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 Juillet 1894

PAR

Joseph BAUMELOU

Né à Salles-Curan (Aveyron) le 26 janvier 1871

EXTERNE DES HÔPITAUX (CONCOURS 1890)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN ET MONTANE

Ancien hôtel de la Faculté des Sciences

—
1894

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET. DOYEN
CARRIEU. ASSESSEUR

Professeurs

Médecine légale et toxicologie.	MM. JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL (*).
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Clinique médicale.	GRASSET.
Clinique chirurgicale.	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol.	GRYNFELTT.
Anatomie pathologique et histologie.	KIENER (*).
Thérapeutique et matière médicale.	HAMELIN (*).
Anatomie.	PAULET (O. * * *).
Clinique médicale.	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET.
Physique médicale.	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Opérations et appareils.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie.	VILLE.
Physiologie. HÉDON (ch. de c.)	N...
Pathologie interne RAUZIER (Ch. du c.)	N...

Chargés de Cours complémentaires

Clinique annexe des maladies des enfants.	MM. BAUMEL, agrégé.
Accouchements.	GERBAUD, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards.	SARDA, agrégé.
Pathologie externe.	ESTOR, agrégé.
Histologie.	DUCAMP, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. SERRE	MM. SARDA	MM. RAUZIER
BAUMEL	ESTOR	LAPEYRE
GERBAUD	HEDON	MOITESSIER
GILIS	LECERCLE	
BROUSSE	DUCAMP	

MM. H. GOT, *secrétaire*.
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire*.

Examineurs de la Thèse

MM. MAIRET, DOYEN, <i>président</i> .		MM. BROUSSE, <i>agrégé</i> .
HAMELIN, * <i>professeur</i> .		MOITESSIER, <i>agrégé</i> .

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A la mémoire de mon Grand-Père

A mes Grands-Parents

A mon Père, mon premier Maître,
le Docteur BAUMELOU

*Faible gage de reconnaissance
et de profonde affection.*

A mon excellente Mère

Témoignage bien mérité d'amour filial.

A mes Frères

Affection et dévouement.

J. BAUMELOU.

A TOUS MES PARENTS

A la Famille CINQ, de Montpellier

A TOUS MES AMIS

J BAUMELOU.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur MAIRET

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A MES MAÎTRES

Dans les Hôpitaux et à la Faculté de Montpellier

J. BAUMELOU.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547928_0098

AVANT-PROPOS

Depuis quelques années, le problème des relations des troubles somatiques avec les troubles vésaniques est revenu à l'ordre du jour. Ce retour en arrière n'est pas sans intérêt. Essayer d'éclairer à la lumière des faits basés sur des données scientifiques les intuitions du vieil humorisme, c'est d'ailleurs faire œuvre utile, puisque la clinique a pu déjà en profiter.

Les rapports de l'estomac et du cerveau ont été peut être plus spécialement relevés. Comme on l'a dit, « l'estomac est la cuisine de l'homme; quand le désordre est à la cuisine, tout va mal dans le ménage et l'humeur s'en ressent ». (Docteur Chatelain, *La Folie*). La réciproque est aussi vraie : les émotions pénibles, continues, le surmenage intellectuel, sont bien aussi des facteurs importants des troubles gastriques.

Cette fréquence, d'ailleurs, a été signalée par de nombreux auteurs. C'est ce que nous démontrera une rapide revue historique. Plus récents ont été les essais d'analyse.

Dans une seconde partie nous insisterons plus particulièrement sur les dyspepsies et nous rapporterons nos observations personnelles, basées à la fois sur un interrogatoire et un examen cliniques et l'analyse chimique. Par dyspepsie, disons-le une fois pour toutes, nous comprenons, avec les auteurs récents, toute mauvaise digestion. « Il ne s'agit pas d'une entité morbide, mais d'un élément de maladie, élé-

ment commun ». (Hayem. — *Les médications*, 4^e série. *Médication antidyspeptique*).

Après avoir établi la fréquence et la variété de ces troubles, nous nous demanderons la place respective qu'ils peuvent occuper dans l'évolution de la psychose. La solution, il est vrai, est bien difficile ; on ne peut guère poser de conclusions nettes. Cependant, nous verrons combien un traitement approprié est important, et dans un dernier chapitre, cette considération nous amènera à poser brièvement quelques indications.

Ce travail a été entrepris dans le service de M. le professeur Mairat. Nous ne saurions trop le remercier de la bienveillance avec laquelle il a mis à notre disposition son laboratoire de la Clinique des maladies mentales et nerveuses. Nous devons aussi des remerciements à M. le docteur Bosc, son chef de clinique, et notre ami, pour tous les bons conseils qu'il nous a donnés sur notre sujet.

DYSPEPSIE

ET

LYPÉMANIE

FRÉQUENCE DES TROUBLES DIGESTIFS

Si les recherches chimiques, comme nous le verrons dans le chapitre suivant, sont relativement récentes, il n'en est plus de même des observations cliniques qui ont signalé la fréquence des troubles gastro-intestinaux dans la lypémanie.

Hippocrate, déjà, faisait de la bile le facteur principal de la mélancolie, par suite du transport de celle-ci sur le cerveau. Arétée lui attribuait le même rôle, tout en la faisant séjourner dans l'estomac.

Galien (1), après eux, le vrai père de la doctrine humorale, décrivait trois sortes de mélancolie, « suivant que le sang seul de l'estomac, celui du corps entier, ou celui du cerveau était affecté. »

(1) Galien. Des lieux affectés. Lib. III, chap. III. Tr. Daremberg.

Au commencement du XVII^e siècle, Daniel Sennert (1) revenait aux idées galénistes. A lire les phrases suivantes de Zacchias (2), l'on croirait retrouver un aperçu de la théorie des auto-intoxications. Après avoir montré combien est important le rôle de l'estomac, combien ses fonctions sont affectées dans la mélancolie, il décrit les conséquences « de ces mauvaises digestions, fumées âcres et irritantes, sortes de *poisons* qui se portent sur telle ou telle partie du corps et y provoquent des phénomènes variés. »

Un devancier encore de Bouchard, dans sa conception de la dilatation stomacale, avec Highmore (3). Pour lui, les fibres stomacales sont capables de se relâcher ; il se fait alors « des digestions imparfaites, et de celles-ci résulte un sang capable de fermenter. »

Plus tard, avec Cullen, se fait une réaction très marquée ; le trouble cérébral est toujours primitif, mais, dans presque tous les cas, il s'ensuit des troubles dyspeptiques.

Nous ne voulons retenir que cette fréquence signalée par tous, sans entrer dans la question de pathogénie.

Esquirol (4), appuyant de l'examen nécropsique cette manière de voir, rapporte 168 autopsies de lypémaniaques (c'est lui qui a créé le mot.) Le déplacement du côlon a été noté 68 fois ; dans 13 cas, il s'est trouvé des ulcérations de l'estomac et de l'intestin. Le relevé des états inflammatoires des

(1) Daniel Sennert. *Institutiones medicæ*, 1620 ; cité par Raphély, in th. de Lyon, 1889.

(2) Zacchias, in Whigt. « Des vapeurs et maladies nerveuses et hypochondriaques. » Traduit de l'anglais, Paris, 1737.

(3) Highmore. Cité par Devay, thèse de Lyon : De la dilatation de l'estomac, 1892.

(4) Esquirol. *Maladies mentales*.

muqueuses n'a pas été fait, pour ce motif qu'ils sont très fréquents chez ces malades.

Ellis (1) rapporte des observations très intéressantes, entre autres une où l'on voit bien nettement les troubles de l'estomac s'accompagner chaque fois qu'ils se produisent de troubles mentaux.

Dans sa thèse, Bayle (2) cite des cas où pour lui la cause productrice a été la lésion viscérale, et souvent l'entérite ou la gastro-entérite.

Bouchet (3), sans poser de conclusions, apporte des documents du même genre.

Quelques années plus tard paraît la thèse de Loiseau (4), où est discuté ce problème de la folie sympathique, avec documents à l'appui, et où l'historique de la question est très longuement exposé. Elle est suivie, l'année d'après, d'une discussion très importante à la Société médico-psychologique, dans laquelle les aliénistes du temps se divisent en deux camps nettement tranchés : les uns niant, les autres proclamant la théorie de la « sympathie. »

Si nous voulions encore des observations où ces rapports sont mis en évidence, nous pourrions faire appel aux faits fournis par Maury (5), Tostain (6), Lardier (7).

(1) Ellis. Traité de l'alién. mentale. Trad. Archambault, page 110.

(2) Bayle. Thèse de Paris, 1822 : Recherches sur l'arachnitis chronique, la gastrite, la gastro-entérite chronique... comme causes d'aliénation mentale.

(3) Bouchet. Documents pour servir aux rapports réciproques... in Ann. méd.-psych., tome iv, 1845, p. 181.

(4) Loiseau. La folie sympathique. Thèse de Paris, 1856.

(5) Maury. Cité par Régis, in Dict. de Dechambre. Art. Folie sympathique.

(6) Tostain. Rapports de l'estomac et du cerveau. Paris 1870.

(7) Lardier. Lypémanie religieuse de cause dyspeptique. Marseille médical, 1880.

Dans son « *Traité des maladies mentales* » Morel (1) proclame « combien de toutes les fonctions de l'économie, la digestion est celle qui, chez les aliénés, présente les désordres les plus remarquables. » Chez les lypémaniques, ajoute-t-il, le trouble des fonctions digestives se signale par des signes pathognomoniques, haleine fétide, langue saburrale, constipation. »

Nous passons rapidement, comme on peut le voir, sur cette revue historique. Dans ces dernières années, nous devons cependant citer quelques travaux qui ont voulu mettre en lumière un point particulier de ces phénomènes viscéraux.

Au Congrès de médecine mentale de 1889, le Dr Bettencourt-Rodrigues (2) fait de la dilatation stomacale un des facteurs des formes dépressives de la folie.

Admettant entièrement les théories du professeur Bouchard, il attribue un rôle des plus importants aux phénomènes d'auto-intoxication gastro-intestinale, dans la genèse des vésanies. D'après lui, aucun cas de lypémanie n'existe où on ne puisse relever un trouble plus ou moins profond des fonctions digestives.

Dans le même ordre d'idées, Devay (3) étudie l'influence de la dilatation sur les phénomènes psychiques qu'elle accompagne. Il la note 16 fois sur 100 lypémaniques examinés, tandis qu'elle ne se retrouve que 3 fois sur 100 autres aliénés. Cette lésion semble imprimer au délire des caractères particuliers ;

(1) Morel. *Traité des maladies mentales*, livre III, p. 440.

(2) Bettencourt-Rodrigues. De l'influence des phénomènes d'auto-intoxication et de la dilatation de l'estomac dans les formes dépressives et mélancoliques. Congrès de médecine mentale, 1889.

(3) Devay. De la dilatation de l'estomac et des troubles psychiques qu'elle provoque. Th. de Lyon 1892.

elle est une source d'indications dont la thérapeutique donne d'ailleurs de bons résultats au point de vue mental.

Une revue générale du docteur Guimbail (1) montre aussi cette fréquence des dyspepsies ; elle étudie leurs causes et leurs traitements.

Un des symptômes fréquents de ce mauvais fonctionnement du tube digestif est étudié longuement par Regis, puis par Raspail (2) et Frossard (3). Nous faisons allusion à l'anorexie qui, bien souvent, doit être considérée comme une conséquence de cet état.

Un autre phénomène qui entre aussi dans le cortège de la lypémanie, très souvent, c'est la constipation. L'étude en a été reprise par Feyat (4), au point de vue aussi des phénomènes d'auto-intoxication.

Dans la suite, nous verrons combien ces phénomènes, que nous rechercherons d'une manière particulière, se montrent fréquemment.

(1) Guimbail. Les dyspepsies des lypémaniques, leurs causes, leur traitement : in Ann. de Psychiâtrie et d'Hypnologie, octobre 1891.

(2) Raspail. Du lavage de l'estomac chez les aliénés atteints de sitiophobie. Thèse de Paris, 1886.

(3) Frossard. *Idem.* Th. de Paris 1890.

(4) Feyat. De la constipation chez les aliénés. Th. de Lyon, 1890.

RECHERCHES CHIMIQUES ANTÉRIEURES

En présence de ces troubles dyspeptiques nombreux, si souvent relatés dans la lypémanie, Kraft-Ebing, *à priori*, se disait « fortement tenté d'admettre une diminution ou un changement chimique des produits de sécrétion des organes digestifs ».

Cette intuition, l'analyse l'a vérifiée. Le premier essai de ce genre que nous connaissions est dû à G. Riva (1). Dépourvu des moyens de sondage actuels, Riva, avec des éponges, retirait du liquide stomacal en pleine digestion, deux heures après les repas. D'ores et déjà, en 1882, il concluait « à une diminution de l'acidité totale dans les cas de mélancolie avec stupeur ».

En 1887, von Noorden (2) examine les lypémaniques en traitement à l'asile de Griessen, et à la suite de 105 analyses, portant sur 14 malades, il pose les conclusions suivantes :

« L'évacuation de l'estomac, après l'ingestion du principal repas, est accélérée.

Pendant la digestion, l'acidité totale croît au point d'amener l'état connu sous le nom d'hyperacidité.

(1) Gaetano Riva. L'alimentazione negli alienati sitiofobi; in Rivista Sperim. di freniatria et di med. legale, 1882, p. 45.

(2) Von Noorden. In. Archiv. für Psychiatrie, 1887, volume III, p. 547-565.

Cette hyperacidité est due exclusivement ou presque exclusivement à l'HCl libre.

Le pouvoir digestif du suc gastrique est considérable par rapport à la viande ; le pouvoir peptique du contenu filtré est presque normal à l'égard des rondelles d'œuf.

Il ne se produit pas cependant d'hypersecretion continue pendant le temps où l'estomac est vide.

De ces résultats, von Noorden tire l'indication de ne donner aux mélancoliques ni d'HCl, ni de pepsine ; d'éviter aussi une alimentation capable d'augmenter l'activité digestive ».

Chez deux malades, en outre, l'auteur a trouvé la digestion normale ; chez ceux en train de devenir déments, cette acidité totale tombe au-dessous de la moyenne.

Ces recherches, comme le font remarquer Leubuscher et Ziehen (1) ne sont pas à l'abri de toute critique. D'abord, le choix des malades ne comporte pas un diagnostic absolument rigoureux, et plusieurs cas doivent être rejetés pour ce motif, qu'ils ne présentent pas le tableau pur de la lypémanie. D'autre part, la méthode est erronée. Noorden, en effet, déduit la teneur en acide chlorhydrique de l'acidité totale et des colorants alors connus. Or, la coloration de l'Uffelmann par les acides organiques, il l'attribue à des quantités relativement faibles, tandis que cette réaction nécessite des proportions considérables.

Sous bénéfice d'inventaire, nous acceptons donc les conclusions ci-dessus, et nous doutons que ce soit de l'hyperchlorhydrie vraie, en tant qu'augmentation de l'HCl libre, qui résulte de ces recherches.

(1) Leubuscher et Ziehen. *Klinische Untersuchungen über die Salzaureabscheidung des Magens, bei Geisteskranken* p. 4. Von Fischer. Léna, 1892.

L'année suivante, comme sujet de thèse inaugurale, le docteur Pachoud (1) présente des recherches analogues. Il rapporte 13 observations, dont 11 de mélancolie et 2 de démence consécutive. Les malades ont été choisis « exempts de maladies de l'estomac, telles que : dilatation, ulcère rond, cancer, etc. » La méthode d'analyse employée est celle du docteur Bourget, que Pachoud applique à l'examen du contenu stomacal évacué au bout de 3 heures 1/2 de temps (2).

Les conclusions semblent copiées sur celles de Noorden.

« Il y a hypersécrétion de l'HCl qui atteint les chiffres de 3.10, 3.55 au lieu de 1 à 2 ‰. Cette hyperacidité est encore due à l'augmentation de l'HCl libre. Les analyses ne relèvent que rarement des traces d'acide lactique. La motricité est exagérée.

En résumé, « nous constatons ici à peu près tous les symptômes que l'on retrouve dans les cas d'ulcère rond de l'estomac, acidité élevée, rapide évacuation des ingesta, prompt digestion de l'albumine, absence d'acides organiques, l'hématémèse seule, forte ou faible, manque absolument ».

A des résultats qui de prime abord paraissent diamétralement opposés, mais qui le sont peut-être moins, examen préalable fait des méthodes, est arrivé Placzek (3). — Sept observations. — L'auteur prend le contre-pied de la lettre. « L'évacuation de l'estomac après l'ingestion du principal repas est diminuée. Les combinaisons chlorhydriques sont réduites à des traces minimales. Faibles aussi les quantités d'acide lactique. »

(1) Dr Pachoud. Du suc gastrique chez les mélancoliques. Th. de Genève, 1888.

(2) Dr Bourget. Revue de la Suisse Romande, 1887.

(3) Placzek. Untersuchungen des Mageninhalts bei Geisteskranken. Th. de Iéna, 1890.

Voici d'ailleurs, résumées, les observations :

Résultats de Placzeck

DIAGNOSTICS	COMPOSITION DU REPAS	ÉVACUATION	QUANTITÉ RETIRÉE *	ASPECT	ACIDITÉ POUR 100		
					TOTALE	H C I	ACIDE organiq.
I. Mélancolie	Nourr. mél.	2 h	40	Rest. n. dig.	0,07	0,0365	0,0435
		2	15	Id.	0,11	0,043	0,068
II. 34 ans. Mé- lancolie	Nourr. mél.	2	22	Id.	0,13	0,054	0,08
		2	24	Id.	0,09	0,04	0,05
III. Mélancolie	Nourr. mél. Soup. au lait	2	25	Id.	0,12	0,042	0,08
		2	20		0,5	0,07	0,43
IV. Mélancolie en voie de guérison	Soup. au lait	?	15	»	0,36	0,25	0,11
V. 45 ans. Alcool. et état d'anxiété	Nourr. mél. Id.	2	20	Rest. n. dig.	0,07	0,07	»
		2	16	Id.	0,10	0,04	0,06
VI. Mélancolie en voie de guérison	Nourr. mél. Id.	2	16	Id.	0,40	0,31	0,09
		2	14	Id.	0,32	0,29	0,03
VII. 48 ans. Mé- lancolie	Nourr. mél. Id.	2	12	Id.	0,02	0,02	0,14
		2	8	Id.	0,18	0,04	
VIII. Mélancolie avec hallucinat.	Lait	2	9	Id.	0,17	0,07	0,1

* Exprimée en centimètres cubes.

Plus précis cependant étaient devenus les moyens d'investigation; des colorants nouveaux étaient découverts. Après l'analyse qualitative, nombreux procédés avaient été déjà donnés pour l'analyse quantitative. Animés d'un esprit de recherche tout scientifique, armés de ces éléments nouveaux et d'une patience vraiment digne d'envie, Leubuscher et Ziehen reprennent cette étude de la sécrétion gastrique.

La méthode employée par eux consiste à extraire le liquide

Leubuscher et Ziehen. — Résultats dans les cas de mélancolie

N ^{os} D'ORDRE AGES	ÉTAT DES MALADES	NATURE DU REPAS	TEMPS	COMPOSITION, ASPECT	VANILLINE OU RÉSORCINE *	UFFELMANN	ANALYSE QUANTITATIVE 0/100
I. . . . 36 ans	Excité Un peu plus calme Id. Reconvalescent	Viande crue, eau Id. Id.	3 h. 2 1/4 2 4/4 2 3/4	Bien digéré Peu digéré Assez bien digéré Peu digéré	M M P M	Jaune brun	2,9 2 2,4 1,2
II.	Légèrement anxieux	Viande crue, eau	3 h.		P		2,6
III. . . . 29 ans	Apathie, stupeur, parfois anxiété Langue charg., vomit, traitement à l'opium	Pommes de terre Viande crue Id. Id. Id. Id.	4 h. 3 3 3/4 3 3/4 4 2 1/2		M	A pein. bleui	»
IV. . . . 45 ans	Très agité (opium) Opium Angoisse (opium) Reconvalescent (op.)	Lait, pain. Vomiss. Nourrit. variée. Vom. Id. Id.	2 1/2 4 1 1	Presque pas digéré Id. Morceaux de viande Beaucoup de viande	M M M M M	Fort. jauni Jaun. somb. Jauni Jauni Jauni	0,0 2,9 1,9 0,3
V. . . . 61 ans	Anxiété profonde	Viande crue, eau	2 h.	Jaune brun Aliments	P M M	Légèr. bleui Fort. jauni	1,1 0,1 0,5 0,2
VI.	Hypocond., anorex.	Nourriture variée	3 h.	Peu digéré Quelq. résid. à peine	M P		0,2 2,00

VII. . . 31 ans	Anxieux, anorexie, langue chargée	Nourriture variée	3 h.	Morceaux jaunâtres	P	Rouge brun	0,8
VIII. . . 22 ans	Légère anxiété	Viande crue, eau	3 h.	Passablement digéré	M		1,5
IX. . . 61 ans	Très anxieux, agité	Vomissement à jeûn			P		
X. . . 49 ans	Très anxieux	Viande crue, eau	2 3/4				1,5
XI. . . 42 ans	Très anxieux	Viande crue, eau	4 h.	Q. q. brins de viande	M		
XII. . . 16 ans	Légère anxiété	Viande crue, eau		Bien digéré			3,4
XIII. . . 49 ans	Fortement désolé Opium	Vomiss. après café	2 h.	Bien digéré	P	Jaune sale	0,6
		Viande crue, eau	2 3/4	Non digéré	M		2,1
XIV. . . 49 ans		Viande crue, eau	3 h.	Peu digéré	M		1,6
XV. . . 54 ans	Halluc., anxieux (op.) Opium	Viande crue, eau	2 3/4		P		1,6
		Vom. ap. nour. variée			M		0,0
		Id.	1		M	Jaune vert	1,1
		Id.	1				0,3
XVI. . . 21 ans	Hypocondrie	Viande crue, eau	2 3/4		P	Penche s. j.	2,7
XVII. . . 27 ans	Agité Opium	Viande crue, eau	3 h.	Passablement digéré		Penche s. j.	1,6
		Id.	2 3/4	Assez bien digéré	M		1,1
XVIII. 48 ans	Opium	Vomiss. après café	6 h.		M		0,0
XIX. . . 47 ans	Opium	Viande crue	3 h.	Restes de viande ind.	P		
XX. . . 37 ans	Débil. (opium) Id.	Vomissement à jeûn					
		Viande crue, eau	1 3/4		P		0,0
		Mélé					2,8
XXI. . . 45 ans	Dépression sans ang. Id.	Viande crue, eau	2 h.	Restes de viande	P	Unpeubleui	1,9
			2 1/2		P	Léger. bruni	1,8
XXII. . . 47 ans	Très inquiet, anorex.	Viande crue, eau	2 h.	Bien digéré	P	Tr. limpide	2,2

* P indique la décoloration. — M donne les résultats négatifs.

N ^{os} D'ORDRE ÂGES	ÉTAT DES MALADES	NATURE DU REPAS	TEMPS	COMPOSITION, ASPECT	VANILLINE * OU RESORCINE	UFFELMANN	ANALYSE QUANTITATIVE
XXIII. 54 ans	Idées anxieuses (op.)	Vomissem. apres lait	1 h.		P		1,2
XXIV. 51 ans	Catarrhe stom. (op.) Opium	Viande crue, eau Vom. apres n. variée	2 1/2 3/4	Pen digéré Vomissement bilieux	P M	Fort. jauni	0,9 0,0
XXV. 34 ans	Hypochondrie	Viande crue, eau-sel	2 1/2	Beaucoup de viande	P	Fort. jauni	1,9
XXVI. 36 ans	Humeur mélanc.	Viande crue	2 h.		P		2,4
XXVII. 39 ans	Agitation	Varié	1 3/4		P	Léger. jauni	1,4
XXVIII 39 ans	Hypochondrie (op.)	Mélée, café-lait	1 1/4	Restes d'aliments	M	Léger. jauni	
XXIX. 33 ans	Angoisse profonde Id.	Viande crue, eau Id.	2 3/4 2 3/4	Bien digéré Jaune vert	» P		2,7 1,00
XXX. 65 ans	Angoisse profonde	Vomissem	2 h.		M		1,0
XXXI. 34 ans	Agitat. assez marqu.	Viande crue, eau	3 h.	Bien digéré	P		2,2
XXXII. . . .	Hypochondrie, depr.	Viande crue, eau	2 1/2	Peu digéré	M		1,2
XXXIII 33 ans	Mélancol. pass. (op.) Opium	Viande crue, eau Id.	2 3/4 2 3/4	Assez bien digéré Id.	M P		0,1 1,00
XXXIV 26 ans	Très inquiet (opium)	Viande crue, eau		Bien digéré			
	Peu inquiet (opium)	Id.	2 1/2	1 ^{er} vomiss. ap. 2 h. 2 ^{me} » 2 1/4	M M M		0,3 0,8 0,9

* P indique la décoloration. — M donne les résultats négatifs.

stomacal deux heures en moyenne après un repas d'épreuve, composé de 250 gr. de viande crue et hachée, et 100-150 gr. d'eau. L'analyse qualitative est faite par les colorants. Pour le dosage quantitatif, ils dosent le chlore total, avec le procédé de Sjöqvitz, modifié par von Jacksch.

Leurs observations sur les mélancoliques sont au nombre de 56, parmi elles 45 sont quantitatives; elles portent sur 34 sujets.

Nous avons cru devoir les reproduire, afin de les comparer à nos résultats à nous.

La teneur en acide chlorhydrique total a varié de 0,1^o/₁₀₀ à 2,9^o/₁₀₀. Elle a été de 2 à 2,5^o/₁₀₀ dans 9 cas, au-dessus de 2,5^o/₁₀₀ dans 5 cas. Une fois, en pleine agitation, elle a monté jusqu'à 2,9^o/₁₀₀ pour redescendre avec le retour du calme à 1,2. Dans 6 cas, on la trouve au-dessous de 1^o/₁₀₀.

Il est à remarquer, ajoutent les auteurs que dans la mélancolie avec agitation, l'on trouve précisément les extrêmes à la fois et dans les mêmes conditions les quantités les plus élevées et les plus basses.

Ainsi, un malade (observ. I) dans une période d'excitation anxieuse présente 2,9^o/₁₀₀ tandis qu'un autre (Observ. V), avec le même état ne donne que 0,2^o/₁₀₀.

Dans la mélancolie dépressive il s'est toujours trouvé de l'hypoacidité.

De l'étude des colorants, nous voulons tirer une autre conclusion : c'est que sur ces 56 analyses nous relevons 21 fois la présence d'acides organiques; que, d'autre part, 27 fois la vanilline n'a rien donné et cependant ce réactif peut déceler de très faibles quantités d'HCl libre.

Nous avons exposé ces faits bruts; dans la suite nous y reviendrons pour en tirer d'autres considérations.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES DYSPEPSIES

Avant d'aborder l'étude et l'exposé de nos expériences personnelles, il nous paraît utile de rappeler rapidement les données scientifiques récentes qui nous serviront d'éléments de comparaison.

De la technique qui a présidé à nos analyses, nous dirons peu de chose. Comme repas d'épreuve nous avons admis celui d'Ewald. Le contenu stomacal a été extrait le plus souvent une heure après. L'examen en a été fait, d'abord par les colorants. L'analyse quantitative a permis de doser, ensuite, l'acidité totale et les divers éléments chlorés, par la méthode de MM. Hayem et Winter.

Mais, encore une fois, nous ne saurions insister. Quoique le chimisme stomacal soit de création récente, des publications d'ensemble l'ont déjà vulgarisé. Inutile de faire œuvre de copiste. Qu'il nous suffise de rappeler les principaux travaux auxquels nous nous sommes adressés.

L. GEORGE. — De l'étude chimique du contenu stomacal. Thèse de Nancy, 1889-90.

G. LYON. — Du chimisme stomacal. Thèse de Paris, 1889-90.

COUTARET. — Dyspepsie et catarrhe gastrique. Paris, Masson, 1890.

HAYEM-WINTER. — Le chimisme stomacal. Paris, Masson. 1892.

MORA. — Digestion gastrique et régimes. Thèse. Paris, 1891-92.

SOUPAULT. — Les dyspepsies nerveuses. Thèse de Paris, 1892-93.

BOUVERET. — Traité des maladies de l'estomac. Paris, G. Baillière, 1893.

DEBOVE et RÉMOND. — Traité des maladies de l'estomac. Paris, Rueff, 1893.

HOÛEL. — Contribution à l'étude du chimisme stomacal. Thèse de Montpellier, 1893.

L'un quelconque de ces ouvrages donne la marche à suivre, la composition des repas d'épreuve, les modes d'extraction, les réactifs et leur signification.

Les résultats acquis en rapport avec notre manière d'agir ne sauraient cependant être passés sous silence ; nous aurons trop souvent besoin de nous y rapporter. Ce sont les chiffres de MM. Hayem et Winter, basés sur des analyses très nombreuses, et soumis déjà à de nombreux contrôles, que nous adoptons.

Une fois pour toutes voici les notations employées :

A : Acidité totale.

α : Fermentations organiques $= \frac{A - H}{C}$.

T : Chlore total.

C : Chlore combiné aux sels minéraux.

F : — à des substances organiques.

H : Acide chlorhydrique libre.

Méthode de Hayem et Winter. — Repas d'Ewald

A. Données numériques.

Moment de l'évacuation	ACIDITÉ		CHLORURIE		CHLORHYDRIE		C	T
	A	α	T	F	C	H	$\frac{C}{T}$	$\frac{T}{F}$
1/2 heure	75	1,02	255	182	73	0	0,28	1,9
1 heure *	189	0,86	321	109	168	44	0,52	2,9
1 heure 1/2	126*	1,05	284	164	106	14	0,37	1,7

* Oscillations considérées comme normales.

A de 180 à 200

T de 300 à 340

C de 155 à 180

α de 0,80 à 0,92

H de 25 à 50

De cette étude, les auteurs concluent : « $H+C$ représente à tout moment la valeur quantitative du travail général de la digestion, C servant de mesure au travail de la peptonisation. α apparaît comme moyen d'appréciation de la valeur qualitative du liquide élaboré ».

Et alors, évaluant tout chimiquement ce processus digestif, ils divisent les dyspepsies en *hypopepsies* et *hyperpepsies* suivant que l'activité est diminuée ou augmentée en tant que quantité. De plus, cette variation quantitative peut s'accompagner de variations qualitatives, et alors suivant les variations de α , nous avons encore des *hypopepsies* et des *hyperpepsies avec ou sans fermentations acides*.

Au point de vue chimique, nous ne discuterons pas la méthode, en tant qu'interprétation des faits. Au point de vue pratique, il faut le reconnaître, elle est insuffisante, puisque, à côté de ces troubles nettement apparents, il faut créer une troisième classe basée sur des troubles subjectifs seulement, celle des *dyspepsies simples*.

C'est qu'en effet l'acte stomacal est plus qu'une simple réaction ; il faut tenir compte aussi de l'élément moteur, il ne faut pas non plus négliger dans l'étude du syndrome devenu morbide les phénomènes accusés par le malade. A G. Sée, qui proclamait « que les dyspepsies sont chimiques ou elles ne sont pas », on peut opposer la phrase de Lasèque : « Souffrir et se plaindre sont les deux conditions sans lesquelles on ne peut être dyspeptique. »

Nous n'accuserons donc pas MM. Hayem et Winter de « dérouter les médecins ». Comme le proclamait M. Legendre(1), nous ne nous effrayerons pas de cette intervention de l'analyse en clinique. « Tout médecin, dit Hayem, en cas de dyspepsie,

(1) Legendre. Société médicale des Hôpitaux, 26 février 1892.

devra s'enquérir de la constitution du suc gastrique, de même qu'il pratique l'auscultation et la percussion lorsqu'il s'agit d'une affection thoracique. » « L'heure a-t-elle sonné, réplique M. Legendre, de s'incliner devant cet impératif catégorique, quand il est aisé de constater que beaucoup de jeunes gens commencent à ne plus savoir ausculter et percuter ? C'est une question de discipline professionnelle qui vaut la peine qu'on se la pose. »

Certainement l'exagération est poussée trop loin. Forts des résultats qu'a donnés la méthode dans de nombreuses observations, sous le patronage des auteurs qui ont mené parallèlement l'étude clinique et le chimisme, nous essaierons, au contraire, de grouper sous des types principaux les divisions de M. Hayem.

La classification la plus complète et la plus facilement adaptable est celle qui résulte des nombreux travaux de M. Mathieu (1).

Avec lui, on peut diviser les dyspepsies en trois grands types :

Hyperchlorhydrie.

Dyspepsie nervo-motrice.

Dyspepsie par fermentation avec stase.

L'HYPERCHLORHYDRIE correspond à la dyspepsie hypersthénique de Soupault (2). Elle est caractérisée chimiquement par une exagération de l'acidité totale, mais non de l'acidité organique, que cette augmentation soit due à H ou à C. Dans le tableau Hayem, c'est l'hyperpepsie quantitative sans fermentations acides.

(1) Communications à la Société médicale des Hôpitaux, décembre 1891, janvier-février 1892.

(2) Soupault. Les dyspepsies nerveuses. Th. de Paris, 1892-93.

Cette hypersécrétion peut d'ailleurs être aiguë ou chronique, et celle-ci peut aussi être simple, continue, ou aboutir à l'ulcère.

L'hypersécrétion simple, c'est-à-dire l'hypersécrétion au moment des repas seulement, peut se décrire d'une façon assez nette.

L'appétit est le plus souvent conservé, quelquefois même exagéré avec des besoins impérieux de manger dans la nuit. Pas de troubles au lever de table, souvent au contraire un sentiment de bien-être. Les phénomènes dyspeptiques n'apparaissent que deux ou trois heures après. Le malade est alors souvent pris d'une soif très vive. En même temps, douleurs plus ou moins accentuées, depuis la simple pesanteur jusqu'à la crampe térébraute intense. La crise dure ainsi une demi-heure, et est quelquefois suivie de vomissements.

Pas de pyrosis vrai; quelques régurgitations acides. Le ballonnement n'est pas bien marqué. Langue variable, souvent rouge à la pointe et sur les bords, blanchâtre au milieu et dans le fond.

La pression provoque souvent une douleur épigastrique.

Alternatives de diarrhée et de constipation. Quelquefois entérite muco-membraneuse. (Lyon.)

Comme symptômes généraux, il résulte souvent un amaigrissement considérable, mais au bout d'un temps très long quelquefois et surtout alors dans les formes à hypersécrétion continue.

Un phénomène intéressant noté par MM. Bouveret et Devic et qui, d'après ces auteurs, se retrouverait souvent, c'est le ralentissement du pouls. Il serait marqué encore plus au moment des digestions et des crises douloureuses (1).

(1) Bouveret. *Revue de médecine*, 1891, p. 545.

Si l'on recherche dans les antécédents des hyper-chlorhydriques on retrouve souvent des manifestations névropathiques accentuées. D'après Marfan (1), ce seraient des descendants d'arthritiques le plus souvent. Les phénomènes nerveux sont cependant moins marqués dans ce type que dans les autres.

Comme causes prédisposantes, c'est la dyspepsie des surmenés cérébralement. C'est aussi la conséquence de l'abus de l'alcool et des aliments solides.

De l'hypersécrétion continue, nous ne dirons rien, si ce n'est qu'elle est marquée par l'augmentation des douleurs et la persistance des crises, même à jeun.

Certains auteurs, entre autres M. Bouveret, avaient cru pouvoir tirer de l'examen des urines un moyen de diagnostic ; pour eux le rapport des coefficients des chlorures à l'urée devait être diminué, par suite de la diminution des chlorures. Des recherches ultérieures ont démontré l'exagération de cette loi. (Mathieu et Hallopeau.) (2)

Dyspepsie nervo-motrice. — Ce second type correspond à la dyspepsie asthénique de Soupault ; c'est l'atonie gastro-intestinale de Bouveret. (3)

Chimiquement, on a une acidité totale normale ou diminuée, la proportion d'HCl libre est aussi normale ou inférieure. Elle représente les cas de dyspepsie simple de Hayem, ou les cas d'hypopepsie quantitative.

Pas de stase à proprement parler ; l'estomac ne contient pas de liquides à jeun. Il y a cependant des troubles moteurs, distension de l'estomac, paresse intestinale.

Les malades accusent une inappétence légère, et beaucoup,

(1) Marfan. Gaz. hebd. de méd. et de chir., 1890.

(2) Mathieu et Hallopeau. Société des Hôpitaux 1892.

(3) Bouveret. La Neurasthénie. Traité des maladies de l'estomac.

du dégoût pour la viande. Pas de douleurs bien marquées, les phénomènes dyspeptiques apparaissent immédiatement ou peu après les repas. Ballonnement gastrique et abdominal durant longtemps, donnant du tympanisme et provoquant chez le malade des sensations de gêne et de constriction. Renvois gazeux et inodores. Bouffées, malaise général, lourdeur de tête, sensations légères d'aigreur ou de brûlure.

Cet état retentit d'ailleurs sur l'intestin. On peut rapprocher cette variété de la dyspepsie gastro-intestinale de G. Sée (1). La constipation est le plus souvent la règle.

Langue souvent pâteuse, bouche amère.

Dans quelques cas, la douleur est beaucoup plus vive, revêt l'aspect de crampes, mais elles se produisent alors 1/2 ou 3/4 d'heure après les repas, et ne présentent pas l'intensité des douleurs de l'hyperchlorhydrie.

Les vomissements sont rares.

A côté de ces troubles stomacaux, on trouve en général un état nerveux plus ou moins atteint. Ces dyspeptiques sont le plus souvent des déprimés. Chez beaucoup se retrouvent des stigmates neurasthéniques : casque, craquements dans les mouvements de rotation de la tête, battements à la tête, tintements d'oreilles, amblyopie, sentiment de faiblesse générale.

Souvent, torpeur intellectuelle.

L'examen du chimisme urologique ne donne pas grands résultats souvent, puisque les troubles chimiques peuvent ne pas être bien prononcés. Cependant, on a pu signaler une diminution du chiffre de l'urée éliminée en 24 heures, dans les cas d'hypochlorhydrie.

Hyperacidité avec fermentations organiques et stase. — L'hy-

(1) G. Sée. Des dyspepsies.

peracidité organique caractérise ce dernier groupe, c'est l'équivalent des dyspepsies qualitatives de Hayem ; elles rappellent les dyspepsies acides des anciennes classifications.

Ici, il se fait de la stase : le plus souvent il y a de la dilatation stomacale et, par conséquent, l'apparition de certains signes physiques (bruit de clapotage, augmentation de la zone de sonorité stomacale).

Peu après la fin du repas, les malades éprouvent un malaise général, bien plus marqué que dans les cas du 2^e groupe. La somnolence arrive plus ou moins irrésistible. Eructations fréquentes et abondantes.

Sensation de pyrosis très nette (c'est le vrai pyrosis). Brûlure au creux épigastrique, mérycisme.

Vomissements rares ; s'ils se produisent, ils sont abondants ; l'odeur en est désagréable. Souvent, ils renferment des morceaux d'aliments mal digérés, provenant des repas antérieurs.

Langue pâteuse, hialeine souvent fétide.

Les fonctions intestinales sont fortement troublées : alternatives de diarrhée et de constipation. Abondance des gaz intestinaux.

Dans ces cas, l'examen des urines donne le plus souvent une réaction acide (Guichard)(1), et dénote la présence d'acides sulfo-conjugés (coloration violette de l'urine par l'acide azotique)

Les troubles nerveux sont encore importants ; ce sont des troubles neurasthéniques encore plus accentués.

(1) Guichard. De la réaction de l'urine dans l'hypochlorhydrie. Th. de Lyon, 1890.

OBSERVATIONS

Observation Première

(PERSONNELLE)

Lypémanie avec perversions sensorielles de l'ouïe. — Hyperchlorhydrie
(hyperpepsie quantitative). — Constipation

Service de M. le Professeur Mairet (1)

Pe... Joseph, 26 ans, cultivateur, domicilié à C... (Hérault). Entré
le 6 janvier 1894.

Antécédents héréditaires. — Absolument rien, ni en ligne directe,
ni en ligne collatérale.

Antécédents personnels. — Rougeole à 12 ans ; de tout temps,
caractère sombre et taciturne.

Le début de la maladie remonte au mois de mai 1893 ; à la suite
d'une forte contrariété, le malade est pris d'idées vagues de persé-
cution et de tristesse : il a fait du mal à tout le monde et tout le
monde lui en fait. Puis, les idées de tristesse restent seules.

A l'entrée, hallucinations, insomnie, tintements dans les oreilles,
mauvaises odeurs.

Certificat de quinzaine, 21 janvier : « Est atteint de lypémanie
avec perversions sensorielles de l'ouïe. » Signé : MAIRET.

Depuis cette époque, les hallucinations ont notablement diminué,
mais le malade « est toujours triste, et sans savoir pourquoi ».

Examen : le 2 mai, il se présente à nous, l'air abattu, le front

(1) Toutes nos observations ont été prises dans le service de M. le professeur
Mairet.

plissé : il a l'habitude, paraît-il, de rester dans un coin de la cour, à pleurer, de longs moments.

Le malade accuse une douleur de tête très vive, qu'il compare à un poids.

Conjonctives légèrement subictériques. Peau légèrement jaunie. Téguments huileux et onctueux au toucher.

Langue sale et étalée. Haleine n'exhale pas d'odeur spéciale.

Appétit assez bien conservé ; cependant un certain caprice dans le choix des aliments. Le malade accuse des renvois acides longtemps après les repas.

Légère dilatation.

Le procédé de Glénard permet de sentir le foie, mais sans douleur à la pression.

Rien au cœur ni aux poumons.

Sensibilité et motilité ordinaires.

Constipation par crises, nécessitant emploi de laxatifs. Au cœur, éclat systolique très accentué, en plein ventricule. Pouls normal.

Pas de troubles du côté de l'appareil locomoteur. Réflexes normaux.

Le 10 mai, lorsque nous procédons à l'examen de son contenu gastrique, le malade est assez agité.

Le liquide stomacal provient du repas d'Ewald, après 3¼ d'heure. Le tube a passé facilement. Bouillie fluide de 120 centimètres cubes environ, d'odeur fade ; pain à demi digéré. Réaction fortement acide.

La filtration se fait assez vite et donne 65 centim. cubes de liqueur très fluide, à réaction toujours nettement acide.

Congo, tropœoline, violet de méthyle, vert brillant, sont tous très nets. Le Gunzburg donne de beaux cristaux. Uffelmann simplement décoloré. La réaction du biuret donne des peptones abondantes.

Hayem Winter :

$$\begin{array}{rclcl} A = 175 & T = 365 & H = 83 & \left\{ \begin{array}{l} 289 \\ C = 106 \end{array} \right. & \frac{C}{T} = \frac{1}{3,4} \\ \alpha = 0,85 & F = 176 & & & \end{array}$$

Examen des urines des 24 heures :

Quantité : 1020.	Chlorures : 11,5 par litre.
Couleur : jaune foncé.	Phosphates : 1,52 —
Odeur : piquante.	Urée : 23 par litre.
Densité : 1019.	Albumine { pas.
Réaction : acide.	Sucre {

Discussion. — Le schéma, au point de vue chimique, est :



C'est un cas à ranger dans les cas d'hyperpepsie (Hayem) ou d'hyperchlorhydrie de Mathieu. Il y a hypersthénie, dirait Soupault.

Nous retiendrons de ce cas, l'état d'excitation dans lequel se trouve le malade.

Nous ne croyons pas cependant à une gastrosucorrhée, quoique le lavage à jeun n'ait pas été pratiqué. Les sensations accusées par le malade ne sont pas assez intenses. La quantité de liquide stomacal relevée n'est pas non plus suffisante.

Observation II

(Résumée d'après l'observation communiquée par M. le docteur Bosc.)

Lypémanie avec tendances au suicide. — Hypopepsie très marquée. — Asthénie générale.

B... (Léonie), 38 ans. Entrée le 27 février 1893.

Ant. hér. — Père rhumatisant, nerveux et impressionnable, mais non alcoolique ; mère bien portante ; nervosisme marqué chez les collatéraux.

Ant. pers. — Etant jeune a toujours été très peureuse, claustrophobie très accentuée, palpitations.

Ménstruation assez régulière.

A 18 ans, érysipèle de la face avec délire intense. Depuis lors, le caractère a changé, elle est devenue très triste ; l'année d'après récédive de l'érysipèle.

A toujours souffert de l'estomac depuis son enfance ; renvois très-aigres, flatulence, diarrhée, état chlorotique très-prononcé ; l'état d'anémie s'accroît encore vers 30 ans, à la suite du surmenage physique auquel se soumet la malade ; les douleurs d'estomac deviennent aussi plus vives ; elle ne peut guère manger. La claustrophobie augmente avec l'énervement général, sentiment de tristesse très-prononcé, amenant Léonie B... à des tentatives de suicide ; alors aussi sensation de tiraillement dans les viscères.

La malade entre le 27 février 1893 à l'asile, où M. le professeur Mairet signe à son sujet le certificat suivant :

« Est atteinte d'aliénation mentale à forme lypémanique, avec prédominance des idées de suicide et à certains moments, paraît-il, agitation. »

Ce diagnostic est confirmé par le certificat de quinzaine : « Est atteinte de lypémanie, avec propension au suicide et perversions sensorielles. 14 mars 1893. signé, MAIRET. »

Examen à l'entrée : pensive, triste, très amaigrie, pâleur des muqueuses, teinte subictérique de la peau, œil atone, pupilles dilatées, marche très pénible, sentiment de faiblesse générale.

Douleurs dans la tête, en cercle ; sensation de « ressort de montre ». Bourdonnements dans les oreilles. Bras et jambes « brisés ».

Réflexes tendineux exagérés, pas de troubles de la sensibilité. Par moments, hypothermie très prononcée aux extrémités.

Langue sale, haleine fétide.

Estomac dilaté, bruit de clapotage. Distension du côlon transverse, douleur à la pression dans les fausses côtes gauches. Double rein flottant, surtout à gauche.

Foie normal, pouls fréquent et faible.

Appétit mauvais (parfois anorexie), et dégoût pour les aliments qu'elle est quelquefois obligée de vomir.

On soumet la malade au régime lacté et au bicarbonate de soude ; repos au lit.

Une légère amélioration se produit, et la malade se levant, on lui donne en même temps une ceinture hypogastrique.

Examen du suc gastrique, du 12 avril : Une heure et quart après, repas d'Ewald. Bouillie visqueuse, gluante, filtrant difficilement, pas d'odeur spéciale. Le tournesol ne rougit pas. Les colorants sont négatifs, sauf l'Uffelmann qui est décoloré. Pas de réaction des peptones ni des albuminoïdes. Pas d'amidon. Le vert brillant seul est peut-être légèrement amené au vert.

L'acidité totale ne peut être dosée.

A = près de 0

T = 225	C = 40	} 45
F = 180	H = 5	

Examen urologique des 24 heures :

Q : 1000 cmc. — D : 1015

Urée : 14,5. — Chlorures, 8,95. — Phosphates, 1,54

On institue comme traitement, le régime lacté, l'hydrothérapie et la ceinture. Et en présence de cette intervention, l'état général s'améliore progressivement. Les phénomènes neurasthéniques diminuent, ainsi que les idées de tristesse.

Les troubles gastriques s'atténuent aussi de leur côté ; peu à peu un régime mixte peut être supporté.

Et la malade malheureusement ne peut pas être suivie, par suite de son transfert à Rodez. Le 19 avril 1893, M. le professeur Mairet, en effet, déclare que, à la suite de l'amélioration produite, « tout fait espérer une terminaison heureuse ».

Discussion. — Cette malade nous paraît intéressante à divers points de vue.

D'abord au point de vue gastrique, elle doit être classée dans les hypopepsies de Hayem, dans les dyspepsies nervo-motrices. L'activité stomacale est atteinte au point de devenir presque nulle.

Il faut noter l'ancienneté des troubles stomacaux et leur influence probable sur les troubles psychiques.

D'ailleurs, l'état général de cette femme est des plus atteints. Ce n'est pas une de ces apeptiques bien portantes que l'on rencontre quelquefois comme nous pourrions le voir dans la suite ; peut-être est-ce une des conséquences de son âge relativement peu élevé ?

Ici, les bons effets du traitement gastrique semblent aussi bien nets et bien faits pour encourager.

Observation III

(PERSONNELLE)

Lypémanie. — Hypopepsie avec fermentation. — Stase. — Dilatation. — Constipation habituelle.

M^{me} A..., née P... (Marie), à O... (Hérault), 60 ans, sans profession. Entrée le 31 décembre 1893.

Ant. hér. — Père s'est suicidé à suite de manie des persécutions ;

a un frère également atteint de lypémanie, qui est actuellement pour la deuxième fois à l'asile. (Malade de l'observation VIII).

Ant. pers. — Pas de maladies antérieures, a fait un premier séjour à l'asile, de janvier à juin 1890, pour « lypémanie à délire hypochondriaque. »

Restée calme jusqu'à juin 1893, elle est prise à cette époque de vertiges et de malaises qui vont s'accroissant. Ensuite, seulement apparaissent les idées de tristesse. Une crise d'anorexie amène son entrée à l'hôpital.

Certificat de quinzaine (15 janvier 1894) : « Est atteinte de lypémanie. Signé : MAIRET. »

Examen : 5 mai 1894. La malade est toujours en proie à des idées tristes. Demeurant assise dans un coin, elle reste affaissée sur elle-même, la physionomie déprimée, le regard vague.

Interrogée, elle accuse une douleur très vive autour de la tête, douleur qu'elle compare à « un cercle de fer lui étreignant la nuque. » Endolorissement des muscles du cou.

Pas d'hallucinations de l'ouïe ni de la vue.

Sensation vague de démangeaisons sur tout le corps.

Sentiment de faiblesse générale très marquée. La marche s'accompagne de vertiges.

Peau présente une teinte subictérique, surtout prononcée à la face. Surface rugueuse, sèche et exhalant comme une odeur de souris.

Mauvaises odeurs dans le nez.

Langue saburrale, étalée, sèche, avec des sillons papillaires très marqués. Haleine légèrement fétide.

Appétit mauvais. La première phase de la digestion semble de prime abord s'accomplir sans troubles subjectifs. Par contre, constipation opiniâtre, de 4 ou 5 jours de durée, coïncidant alors avec une exacerbation des idées de tristesse.

Bruit de clapotage, côlon fortement dilaté, bruits de gargouillement.

Tympanisme abdominal. Douleur légère à la pression dans la région cœcale et dans l'S iliaque.

Foie déborde les fausses côtes, douloureux à la pression.

Troubles dyspnéiques dans la nuit; la malade se dit obligée d'aller prendre sa respiration à la fenêtre.

Pouls normal comme nombre, onde faible et courte.

Au cœur le premier bruit est prolongé à la pointe, le deuxième bruit est légèrement soufflé.

Réflexes normaux.

Troubles trophiques ; sécheresse de la peau ; ongles secs, épais, plus friables que d'habitude.

Examen du suc gastrique (10 mai 1894). Repas d'Ewald. Extraction 30 minutes après. Difficulté d'obtenir du liquide ; il faut aspirer fortement. Très petite quantité. Bouillie épaisse contenant surtout du pain, filtrant très lentement ; sur le filtre, reste du mucus assez abondant.

Des colorants, la tropéoline et le violet de méthyle sont légèrement influencés. Le vert de Lépine et le Gunzburg sont positifs. L'Uffelmann est jauni.

Le tournesol donne une acidité faible.

$$\begin{array}{llll} A = 108 & T = 265 & \frac{T}{F} = 1,5 & H = 8 \\ \alpha = 1,1 & F = 170 & & C = 87 \end{array}$$

Deuxième examen : Extraction demi-heure après. Mêmes difficultés d'extraction. Les colorants sont négatifs.

$$\begin{array}{llll} A = 54 & T = 170 & H = 0 & \frac{T}{F} = 1,4 \\ \alpha = 1 & F = 116 & C = 54 & \end{array}$$

Examen des urines le 21 mai 1894 (24 heures) :

Quantité :	1260	Chlorures par litre :	9,2
Densité :	1021	Urée :	— 16
Réaction :	acide	Phosphates	— 1,45

Discussion. --- Cette observation, qui ne nous donne pas grands phénomènes subjectifs en tant que troubles dyspeptiques, révèle cependant de par l'analyse chimique une diminution notable dans l'activité digestive.

D'abord la quantité de liquide extrait est au-dessous de la normale, et dans ces cas-là, d'après Hayem, ou l'estomac s'est vidé vite ou bien au contraire la sécrétion gastrique est lente. Nous optons plutôt pour cette dernière hypothèse et cela pour deux raisons : la nécessité d'aspirer le liquide (signe d'atonie), la diminution du

rapport $\frac{T}{F}$ qui dans les cas d'hypo-pepsie est un indice de troubles évolutifs : ($\frac{T}{F}$ normal est de 2,9).

Comme examen des normales, nous pouvons poser :

$$\begin{array}{ccc} A - & T - & H - \\ \alpha + & F + & C - \end{array} \quad \left. \vphantom{\begin{array}{ccc} A - & T - & H - \\ \alpha + & F + & C - \end{array}} \right\} -$$

C'est C surtout qui est atteint : or d'après les résultats de Hayem, c'est lui qui donne la valeur du processus de peptonisation, α est aussi affecté, il doit y avoir des fermentations organiques. Je note le peu de variation de T.

Nous avons donc affaire à une hypo-pepsie du premier degré avec fermentation acide. Au point de vue de la classification de M. Mathieu, c'est une dyspepsie avec fermentations organiques et stase.

Chez cette malade, nous devons noter aussi la présence du mucus, indice d'un travail pathologique du côté de l'appareil glandulaire. Il n'y a rien d'étonnant à ce qu'il se soit fait de l'atrophie, en raison de l'ancienneté de la lésion et de l'âge de la malade.

D'ailleurs, comme l'a montré M. Mora (1), ce caractère d'hypo-pepsie revêt précisément en raison de cet âge un caractère moins grave, puisque l'activité digestive décroît proportionnellement à l'âge.

Observation IV

(PERSONNELLE)

Lypémanie avec perversions sensorielles. — Hypo-pepsie légère. — Fermentations acides. — Stase. — Chlorurie intense.

M^{me} B... (Marie), épouse F..., 27 ans, journalière, domiciliée à P... (Hérault). Entre d'office le 23 mai 1894.

Ant. hér. — Pas d'hérédité directe ni collatérale.

Ant. pers. — 3 accouchements ; le dernier, il y a 6 mois, a été laborieux. C'est depuis, que la malade souffre surtout.

(1) Mora. Digestion et Régimes. Thèse de Paris, 1892.

Elle se plaint de la tête d'une façon presque continuelle, les idées de tristesse l'ont prise aussi à ce moment et ont même abouti à deux ou trois tentatives de suicide.

Hallucinations de la vue pendant la nuit, mais sans caractère de persécution ; les gens qu'elle voit lui disent simplement qu'elle est malheureuse.

Certificat de quinzaine (8 juin) : « Atteinte de lypémanie avec perversions sensorielles et idées de suicide. » Signé : Prof. MAIRET.

L'état mental est nettement celui d'une lypémaniaque.

Examen : La malade se présente à nous, le 30 mai, avec une face colorée, légèrement bouffie. Légère pâleur des muqueuses.

Douleur de tête très vive ; casque neurasthénique avec quelques élancements aussi dans la zone orbitaire.

Langue un peu blanchâtre dans le fond.

L'appétit est conservé, la digestion pénible. Pesanteurs qui durent longtemps après les repas. Renvois acides bientôt après avoir mangé. Constipation habituelle, avec des périodes de rétention de 4 à 5 jours.

Forte dilatation de l'estomac : le bord supérieur paraît aussi un peu déplacé. Bruit de clapotage très net, se produisant à la moindre succussion.

Abdomen globuleux, avec une éventration médiane fortement marquée. Probablement rein mobile à gauche. Dilatation cœcale légère. Rien d'anormal du côté du foie.

Légère irrégularité dans le rythme des battements cardiaques.

Menstruation régulière.

Rien comme troubles moteurs ou sensitifs.

Examen du contenu stomacal dans une période d'excitation assez marquée (26 mai 1894) : Repas d'Ewald, extraction 3¼ d'heure après. La sonde passe facilement. 55 centim. cub. de bouillie peu fluide, de réaction acide, d'odeur douteuse. 25 centimètres cubes de liquide, toujours acide.

Les colorants sont peu nets. Le Gunzburg seul donne quelques cristaux. L'Uffelmaun est jauni.

$$\begin{array}{lll} A = 103 & T = 317 & H = 6 \\ \alpha = 1,18 & F = 231 & C = 80 \end{array}$$

La réaction du biuret est peu nette.

(21 juin 1894) : période d'excitation toujours marquée. Repas d'Ewald, extraction 1 heure après ; la sonde passe facilement. Colorants peu nets, peu de peptones.

$$\begin{array}{llll} A = 153 & T = 473 & H = 14 & \frac{T}{F} = 1,7 \\ \alpha = 1,3 & F = 258,5 & C = 100,5 & \end{array}$$

Discussion : De ces deux examens, il nous semble possible de conclure à une hypopepsie avec fermentation acide, ou autrement dit, à une dyspepsie par fermentation acide avec stase alimentaire.

Chimiquement, nous pouvons poser le schéma

$$A - H + C - \alpha +$$

Au point de vue de la motricité, nous avons de la dilatation.

Subjectivement, ce cas nous rappelle les symptômes décrits dans le troisième groupe.

Le second examen de la malade, fait le 21 juin au milieu d'une période d'excitation, nous signale une augmentation considérable de α d'autant plus marquée que dans le processus normal, ce second examen ayant été fait 14 d'heure après le premier, α va en décroissant.

A retenir cet état d'excitation de la malade qui donne une quantité de *chlore total* supérieur à la normale avec une hypoacidité néanmoins. Cas analogue à ceux de Leubuscher.

Observation V

(PERSONNELLE)

Lypémanie avec idées hypocondriaques. — Hypopepsie avec fermentations acides.

C... (Alphonse-Aimé), 65 ans. Entré le 20 avril 1875.

Ant. hér. — Herpétisme chez le père, grand-père maternel mort aliéné, mère probablement cardiaque, un oncle et une tante sont morts aussi aliénés, deux frères ont été enfin enfermés dans les asiles.

Ant. pers. — Toujours un peu chétif ; habitudes très marquées de

masturbation. Mentagre à 18 ans. Choléra. Incorporé au régiment, il est réformé à la suite de troubles mal définis d'aliénation.

Ces phénomènes vont s'accroissant et il est amené à l'asile de Montpellier.

Certificat d'entrée : « Est atteint de lypémanie, l'état somatique est affaibli. Signé : CAVALIER. »

Depuis son séjour à l'asile, les certificats notent des périodes d'amélioration plus ou moins nettes. L'état mental se maintient avec son caractère de tristesse, survenant par périodes durant lesquelles le malade ne parle que pour se plaindre.

Les certificats semestriels maintiennent toujours le diagnostic de lypémanie, mais ils signalent des idées hypocondriaques et l'affaiblissement progressif de l'intellect.

Examen : Le malade raconte lui-même longuement son histoire. Il accuse des douleurs de tête vives, augmentant après les repas. A ce moment aussi, apparaissent des renvois. Pas de constipation habituelle. Mauvais goût dans la bouche.

Les malaises lui amènent des palpitations.

Douleurs dans les fausses côtes. Un peu de dilatation. Langue chargée.

Rien dans les autres organes.

Examen du suc gastrique : au bout d'une heure, repas d'Ewald.

Le tube passe facilement, amène par aspiration une petite quantité de liquide très épais. Odeur douceâtre. Réaction faiblement acide. Colorants négatifs. Un peu de mucus.

$$\begin{array}{lll} A = 75 & T = 250 & H = 0 \\ \alpha = 1,1 & F = 180 & C = 70 \end{array}$$

Urines du 26 mai, 24 heures.

Quantité :	1220	Chlorures (par litre) :	10,5
Densité :	1019	Urée :	19
Réaction :	acide	Phosphates :	1,52

A la suite de cette analyse, on donne bicarbonate de soude (1 gram.) 1½ heure avant les repas. Le malade part à la campagne.

Lorsque nous le revoyons au 15 juillet, il accuse un mieux très sensible.

Discussion. — A ranger dans la catégorie des hypopepsies du 2^e degré avec fermentations acides.

De par le rapport $\frac{T}{F}$ et de par la nécessité de l'aspiration, nous pouvons noter un ralentissement très marqué dans l'évolution. D'ailleurs ce malade est fortement amaigri, et la présence du mucus dans le produit de filtration vient encore aggraver le trouble. Il est bien possible de songer à une dégénérescence du système glandulaire.

Observation VI

(PERSONNELLE)

Lypémanie avec idées de persécution. — Hypopepsie sans fermentation acide.
— Atonie gastro-intestinale.

B... (Léon-Victor), 33 ans, peintre en bâtiments. Entré le 22 février 1890.

Les antécédents héréditaires ne donnent rien.

Ant. pers. — Variole à 8 ans, plus rien depuis. Pas d'habitudes alcooliques.

Tombé malade en 1890 à la suite de la mort d'une de ses parentes qui, croyait-il, allait lui léguer sa fortune. Les idées de tristesse s'emparent alors de lui. Il est amené à l'asile, et les rapports journaliers le signalent depuis comme triste, répondant à peine aux questions qui lui sont posées, pleurant par crises. Par intervalles, périodes de calme, qui permettent de l'employer à quelques petits travaux.

Certificat du 31 décembre 1893. — « Est atteint de lypémanie avec idées de persécution et perversion de l'ouïe. »

Examen : Le 15 Mai 1894, le malade se présente à nous dans un état de dépression mentale, l'œil terne, le regard abattu.

Pas d'idées hypocondriaques. Sifflements dans les oreilles.

Abattement général s'accompagnant d'ailleurs d'une diminution de la force musculaire, réflexes normaux, sueurs froides dans les mains, hypothermie marquée, pouls très lent.

Le malade se plaint de douleurs de tête, qui augmentent pendant les digestions. Appétit diminué, langue un peu blanchâtre, pesant après les repas, pas de renvois acides ; quelques éructations.

Insomnie par périodes, pas de constipation. Légère congestion du côté du foie.

Le cœur ne présente aucun bruit anormal.

Analyse des urines du 31 mai 1894 (24 heures) :

Quantité : 1050	Chlorures : 12
Odeur : rien de partic.	Urée : 16
Couleur : jaune citrin	Phosphates : 1.55
Réaction : f. acide	Albumine } rien
Densité : 1019	Sucre }

Examen du suc gastrique : Repas d'Ewald, 1 heure, 50 centimètres cubes de bouillie, épaisse, mal digérée, pas d'odeur de fermentations organiques. Réaction acide.

Tropœoline et violet de méthyle douteux. Gunzburg et vert de Lépine positifs. Uffelmann décoloré. Pas de peptones.

A = 105	T = 182	C = 87
α = 0,90	F = 73	H = 25

Discussion. — Dans ce cas, nous avons affaire à une hypopepsie du deuxième degré, schématisée par :

A — T — C — H —

Nous n'avons pas de fermentations acides.

Observation VII

(PERSONNELLE)

Lypémanie. — Hypoacidité très marquée

C... (Justin), 35 ans, berger. Entre le 17 avril 1893.

Les antécédents héréditaires ne donnent rien d'important.

Ant. pers. — A déjà fait un séjour à l'asile, il y a cinq ans, pour « lypémanie avec prédominance d'idées de persécution et agitation par accès. » Sorti après deux ans considérablement amélioré.

Depuis, il avait repris son métier de berger, lorsqu'il y a 15 mois environ, il est de nouveau en proie à des accès d'agitation, s'accompagnant de crises d'anorexie absolue et d'un bavardage continu.

D'autres périodes, il ne parlait pas, se mettait à pleurer, sans vouloir en dire les raisons.

Certificat du 2 mai 1893 : « Est atteint d'aliénation mentale à direction lypémanique. Le malade en ce moment présente une inquiétude vague et quelques idées hypochondriaques. » Signé : MAIRET.

Examen : Le 20 mai 1894, l'état mental du malade persiste.

Physiquement, la nutrition générale semble atteinte, rudesse de la peau, odeur de souris, sentiment de faiblesse générale, le malade se plaint que les jambes se dérobent. D'ailleurs, la force musculaire semble réellement diminuée : anémie.

Légère teinte subicterique.

Accuse des sifflements dans les oreilles, des bruits de cigale, douleurs aiguës dans la tête.

C... mange parce qu'il le faut, mais sans aucun plaisir ; les digestions s'accompagnent de malaises, de bouffées de chaleur. Constipation par périodes.

Pouls lent, faible ; pas de bruits anormaux au cœur. Inspirations peu profondes.

Langue sale, peu de salive.

L'examen physique après le repas dénote un tympanisme assez marqué. Pas de douleurs.

Rien d'anormal comme sensibilité.

L'examen du suc gastrique est pratiqué 40 minutes après l'ingestion. Très peu de liquide, épais, d'odeur fade, très lent à filtrer, un peu de mucus, colorants négatifs ; l'acidité totale ne peut être dosée, une goutte de phénolphthaléine amène une coloration intense.

Quantitativement, la méthode Hayem-Winter donne :

$$\begin{array}{lll} T = 160 & C = 18 & T \\ F = 142 & H = 0 & \frac{T}{F} = 1.1 \end{array}$$

Examen des urines, de 8 heures du soir à 8 heures du matin.

Q : 400.	Chlorures : 9.
R : acide.	Phosphates : 1,4.
Odeur : ordinaire.	Urée : 18.
Couleur : citrine.	Pas de sucre.
D : 1020.	— albumine.

A la suite de cet examen, le malade est mis au bicarbonate de soude avant les repas et aux amers.

Lorsque nous l'avons revu, son état mental était le même, mais au point de vue digestif, il se trouvait mieux ; nous avons affaire dans ce cas à de l'hypopepsie très marquée s'accompagnant de troubles évolutifs, puisque le rapport $\frac{T}{F}$ est diminué. Pas de fermentations acides, d'après la méthode Hayem, puisque A est près de 0. C'est une forme des plus nettes de l'asthénie sécrétoire et motrice.

Observation VIII

(PERSONNELLE)

Lypémanie psychique. — Hypopepsie. — Atonie gastrique.

P... (Etienne-Benoit), 54 ans, cultivateur. Entré le 30 décembre 1893.

Antécédents héréditaires. — Père s'est suicidé à la suite de lypémanie, mère rhumatisante, une sœur lypémanique (c'est la malade de l'observation III).

Antécédents personnels. — Pas d'alcoolisme ; masturbation. Depuis 25 ans a toujours eu le caractère plus ou moins triste, pleurant sans motif.

A déjà fait un séjour à l'asile, de mai à décembre 1881, pour lypémanie à direction hypocondriaque.

Sorti guéri, il s'était bien porté jusqu'à ces derniers temps. Les idées de tristesse l'ont repris, il y a dix mois environ. Il n'a plus rien à manger, il est ruiné et alors il essaye de se tuer.

A son entrée à l'asile, M. le professeur Mairet signe le certificat suivant : « Atteint de lypémanie psychique. »

Examen. — Le malade est toujours, à la date du 12 mai, dans le même état mental.

Il accuse de mauvais goûts dans la bouche ; un sentiment de faiblesse générale. Les digestions sont pénibles, un violent malaise saisit le malade après ses repas ; alors il se produit des sueurs abondantes.

Salivation rare, langue chargée.

Insomnie, douleur de tête vague et presque constante.

Pas de constipation.

Le foie est un peu douloureux à la pression.

Pas de déplacement viscéral.

Les bruits du cœur sont sourds. L'ondée du pouls est très faible, le rythme très lent. Rien aux poumons.

Le malade a sa force musculaire diminuée.

Les muqueuses sont anémiées.

La sensibilité ne présente rien d'anormal.

Le lendemain 13 mai, l'examen du suc gastrique est pratiqué.

Examen du suc gastrique. — Repas d'Ewald, extraction au bout d'une heure. 80 centimètres d'une bouillie peu fluide, pain mal digéré. Odeur fade. La filtration est assez lente, un peu de mucus.

Réaction acide, colorants négatifs, Uffelmann : 0; très peu de peptones.

A = 125	T = 231	C = 131	T = 2,3
α = 0,9	F = 100	H = 6	F = 2,3

Examen des urines des 24 heures.

Quantité : 960	Chlorures : 11 par litre
Réaction : acide	Uree : 20 —
Odeur : fade	Phosphates : 1,48 —
Densité : 1020	Pas d'albumine, ni de sucre.

A la suite de cet examen, le malade est soumis au bicarbonate de soude et aux gouttes de Baumé; il est aussi envoyé à la campagne.

Le 10 juillet, lorsque nous l'avons revu, il accusait un mieux très notable, non pas seulement comme fonctionnement de son appareil digestif, mais encore au point de vue psychique.

Discussion. — Nous pouvons noter une diminution générale dans l'activité digestive, abaissement de toutes les moyennes. C'est une hypopepsie du deuxième degré, avec peut-être une tendance aux fermentations acides par suite de la valeur de α , limite supérieure des variations normales.

Observation IX

(PERSONNELLE)

Lypémanie avec idées hypocondriaques. — Hypopepsie quantitative

V... A... (Félix), 38 ans, sans profession. Entré le 27 décembre 1890.

Antécédents héréditaires. — Grand-oncle aliéné. Hérité tuberculeuse très marquée : le père, un oncle paternel, un oncle maternel et un frère sont morts de phtisie. Une sœur a un caractère très bizarre.

Antécédents personnels. — Caractère emporté autrefois. Rougeole dans l'enfance. A commencé à manifester les premiers troubles mentaux au régiment. Ensuite a enseigné cependant dans un collège. Ce n'est que plus tard qu'il est pris d'idées de persécutions. Les caractères de la vésanie ont passé par des phases très diverses ; tour à tour persécuté et mégalomane, il semble, depuis cinq à six mois, que les idées de tristesse dominent avec une hypocondrie très marquée. V... se croit syphilitique, et comme les malades « aux petits papiers » il remet, tous les matins, son bulletin de santé au gardien de la section.

Cet état lypémanique a même abouti, quelquefois, à des périodes de stupeur.

Examen. — Cette dépression est très marquée quand nous examinons le malade. Il ne se sent aucune force et reste longtemps abattu, sans envie de travailler aucune.

Casque neurasthénique. Sensations de craquement dans les mouvements de rotation de la tête.

L'appétit est assez bien conservé, mais la digestion est pénible. Le malade éprouve le besoin de se coucher, il éprouve ainsi un soulagement à son malaise. Renvois, tout de suite après avoir mangé. Ballonnement ; pesanteur stomacale.

Douleurs dans les fausses côtes gauches. Douleur légère à la pression dans la région épigastrique.

Langue un peu blanchâtre ; salive rare.

Muqueuses anémiées.

Légère dilatation. Périodes de constipation.

Le foie ne paraît pas hypertrophié.

Rien du côté du cœur. Lenteur des pulsations. Force musculaire diminuée. Mouvements très lents. Les urines sont rares.

Examen du contenu stomacal, au bout d'une heure : aspiration, peu de liquide ; filtrant lentement ; pain peu digéré.

Violet de méthyle, vert de Lépine, Gunzburg, peu nets ; Uffelmann légèrement jauni.

$$\begin{array}{lll} A = 146 & T = 291 & H = 14 \\ \alpha = 1,003 & F = 150 & C = 127 \end{array}$$

Ces résultats dénotent une hypo-pepsie du 2^me degré, avec légères fermentations acides. A classer dans le 3^me groupe des types de Mathieu.

Observation X

(PERSONNELLE)

Hyperpepsie. — Hyperchlorhydrie. — Lypémanie stupide.

Ast... (Denis), 25 ans, cultivateur, né à H... (Hérault). Entré le 26 mai 1894.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique, caractère bizarre et détraqué.

Un cousin germain mort dans un asile.

Un frère à l'asile où il est soigné pour idiotie incomplète avec surexcitation maniaque revenant par accès.

Antécédents personnels. — Pas de maladies antérieures.

Est atteint depuis le mois d'avril. Se renferme dans un mutisme absolu pendant des heures entières, sentiment de tristesse très prononcé, pas d'hallucinations, pas d'idées hypocondriaques.

Le certificat de quinzaine délivré par M. le professeur Mairet est ainsi conçu :

« Est atteint d'aliénation mentale à forme de stupeur ; toutefois le mutisme dans lequel se renferme cet homme rend impossible un diagnostic plus précis au point de vue de la forme, mais au point

de vue de la pathogénie les troubles de la nutrition jouent un grand rôle. »

Examen. — Le malade est toujours très affaibli, dans un état de stupeur très marquée, l'œil hébété, la tête souvent inclinée sur la poitrine.

Il ne répond pas aux questions qui lui sont posées.

Teinte subictérique des téguments. Sueurs visqueuses et très abondantes. Le front est très chaud.

Inappétence considérable.

D'ailleurs le malade ne répond pas aux questions.

L'examen physique des viscères ne dénote rien de particulier. Pas de dilatation stomacale.

Examen du contenu stomacal (3 juin 1894). — Repas d'Ewald, extraction au bout d'une heure, sans aspiration. Liquide très fluide, abondant ; le pain est assez bien digéré. Réaction fortement acide, pas d'odeur spéciale.

Tous les colorants essayés donnent des réactions positives. L'Uffelmann est simplement décoloré. Réaction des peptones, rose vif.

$$\begin{array}{llll} A = 365 & T = 560 & \frac{T}{F} = 1,9 & C = 188 \\ \alpha = 0,58 & F = 288 & & H = 84 \end{array}$$

Analyse des urines. — Réaction peu acide. Chlorures : 8 0/00. Urée : 19. Phosphates : 1,6.

Discussion. — Dans la classification de M. Hayem par comparaison avec les normales, nous constatons une augmentation de toutes les valeurs. C'est donc un cas d'hyperpepsie quantitative. Nous pouvons dire que c'est de l'hyperchlorhydrie.

Notons l'état de stupeur de ce malade au moment de l'examen,

A la suite de cette analyse, A... a été soumis aux alcalins. Peut-être est-ce une coïncidence, mais actuellement son état est amélioré, au point de permettre qu'on exige de lui un certain travail.

Observation XI

Lypémanie avec illusions. — Démence consécutive. — Hypopepsie sans fermentations

C... (Aug...), 54 ans, chapelier. Entré le 22 janvier 1866.

Ant. héréd. — Du côté paternel, un oncle aliéné, deux cousins germains idiots.

Ant. pers. — A fait un premier séjour à l'asile, de décembre 1861 à décembre 1863 pour « lypémanie avec illusions ».

Rentre de nouveau en janvier 1865. Son certificat porte : « Est atteint de lypémanie avec illusions ». — Signé CAVALIER.

L'état mental persiste ainsi et actuellement le malade semble entrer dans la démence. « Démence consécutive à la lypémanie avec illusion. » 31 décembre 1893. — Signé MAIRET.

Aujourd'hui, le sentiment de tristesse est toujours très net, mais sans idée déterminée, ne reposant sur aucune illusion sensorielle.

En même temps, le malade présente de la torpeur intellectuelle, affaiblissement de la mémoire.

Lenteur très grande dans les mouvements.

Œil atone, teint et muqueuse très pâles, légères rougeurs sur les pommettes.

Sentiment de faiblesse générale très accentué.

Haleine fétide, langue sale.

Appétit mauvais. Digestions très pénibles, constipation.

Ondée sanguine très faible, rien d'anormal comme bruits cardiaques.

Foie déborde un peu les fausses côtes, légèrement douloureux.

Sensibilité normale, force musculaire diminuée.

Analyse des urines du 16 mai 1894. 24 heures.

Quantité : 1100.

Chlorures : 10 par litre.

Couleur : jaune citrin.

Urée : 22 par litre.

Odeur : aigrette.

Phosphates : 1,45 par litre.

Densité : 1021.

Pas de sucre ni d'albumine.

Réaction : acide.

Examen du contenu stomacal : repas d'Ewald, une heure après. Liquide assez abondant, assez fluide, pain peu digéré cependant, pas de mucus, pas d'odeur d'acides organiques, filtre lentement, réaction acide.

Le violet de méthyle, la tropéoline, sont légèrement influencés, Congo, Gunzburg et vert de Lépine sont positifs, Uffelmann simplement décoloré.

Peu de peptones.

L'acidité totale est égale à 75, c'est-à-dire de beaucoup au-dessous de 100.

Les résultats quantitatifs sont :

$$\begin{array}{cccccc} A = 75 & T = 175 & \frac{T}{F} = 1.6 & C = 62,5 \\ \alpha = 0.88 & F = 92.6 & & H = 20 \end{array}$$

D'où nous pouvons conclure :

Hypo-pepsie deuxième degré sans fermentations acides, ou dys-pepsie nervo-motrice.

Observation XII

• (PERSONNELLE)

Lypémanie avec perversions sensorielles. — Hypo-pepsie. — Atonie gastro-intestinale.

P... (Ch.-Louis), 35 ans, cuisinier, entré le 9 novembre 1886.

Ant. héréd. — L'hérédité ne paraît pas chargée. La mère seule paraît être morte atteinte d'anasarque.

Ant. pers. — Toujours a eu le caractère un peu sombre, peu communicatif. Alcoolisme probable. Varioloïde en 1870. Syphilis à 17 ans.

Le début de la maladie remonte à 1885 et se marque par des idées de suicide. Hallucinations un peu de tous les sens. .

Certificat d'entrée : « Présente les signes d'une aliénation mentale, principalement caractérisée par des idées lypémaniques et des perversions sensorielles de la vue et de l'ouïe. »

Examen : Les sentiments de tristesse persistent.

Douleurs de tête en cercle, souvent violentes. Bourdonnements dans les oreilles.

Insomnie habituelle. Enervement et faiblesse générale.

Réflexes tendineux du genou un peu exagérés.

Sensation de picotements sur tout le corps, peau sèche et rugueuse.

Langue un peu sale, peu d'appétit, malaises après les repas, intervalles de constipation.

Le foie déborde légèrement ; pas de ptose.

Extrémités des membres refroidies.

Cependant le malade n'accuse pas de phénomènes digestifs bien marqués.

Pouls lent et faible.

Rien dans les autres viscères.

Examen urologique (24 heures), 29 mai 1894 :

Quantité : 900.	Chlorures : 9,5.
Odeur : âcre.	Urée : 20.
Couleur : citrine.	Phosphates : 1,35.
Densité : 1023.	Albumine } pas.
Réaction : acide.	Sucre }

Chimisme du contenu, 1 heure après, repas d'Ewald. Liquide assez fluide, comprenant une bouillie de pain à demi digéré, 40 centimètres cubes, odeur fade, réaction peu nette au tournesol, assez long à filtrer.

Violet de méthyle et tropéoline peu colorés. Congo bleui. Uffelmann décoloré. Gunzburg positif ; peu de peptones.

$$\begin{array}{rclcl} A = 60 & T = 338 & \frac{T}{F} = 2,4 & C = 182 \\ & F = 138 & & H = 18 \end{array}$$

Par conséquent hypopepsie du 2° degré, sans fermentation acide.

CONCLUSIONS

Avant de chercher à tirer de nos observations des données, il nous paraît bon de faire remarquer combien elles sont difficiles à comparer avec celles des auteurs qui nous ont précédé dans cette étude.

Pour celles de Noorden nous avons vu combien les conclusions méritaient examen.

Nous nous arrêterons surtout sur celles de Leubuscher et Ziehen. Et d'abord, leur repas d'épreuve est tout différent du nôtre : cette distinction n'est pas sans importance. L'étude des divers repas montre combien les moyennes de la sécrétion varient avec chacun d'eux. C'est ainsi que la viande donne une sécrétion chlorée bien plus abondante que le déjeuner d'Ewald. Rien d'étonnant, dès lors, que les moyennes des auteurs allemands donnent une teneur en chlore, plus souvent supérieure. (Boucabeille) (1).

Leurs analyses, au point de vue des colorants, dénotent d'ailleurs fréquemment la présence de l'acide lactique. C'est encore un résultat de l'ingestion des viandes, l'acide lactique est en effet un produit de leur digestion. Dans nos observations, les colorants ne nous l'ont que peu souvent signalé ; d'après la méthode de Hayem, nous avons eu peu de fois α supérieur.

(1) Boucabeille. Des repas d'épreuve dans les maladies de l'estomac. Thèse de Lyon, 1891-92.

Nous devons aussi noter l'insuffisance de leurs résultats. Le fait est bien démontré aujourd'hui, ce n'est pas le chlore total qui mesure la valeur d'une digestion, et la méthode de Sjoqvitz ne donne que cette moyenne.

Ceci posé, de nos expériences à nous, il nous semble pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° La fréquence des troubles chimiques chez les lypémaniques, fréquence qui, souvent d'ailleurs, a pu se traduire par les sensations du malade ;

2° La variété de ces troubles ;

3° La prédominance de la forme asthénique, de l'hypopepsie chez nos malades ;

4° La probabilité qu'il y a des relations entre les formes de lypémanie et les variétés de dyspepsie.

Sur ce point, il semble que l'on puisse, en effet, trouver une concomitance entre les formes de mélancolie dépressive et l'hypopepsie. L'hypochlorurie dans le sens de Hayem et l'hypochlorhydrie, avaient été notées par Leubuscher. Nos observations sont semblables à ce point de vue.

La stupeur, au contraire, paraît plutôt déterminer une exagération de la sécrétion. Nous donnerons tout à l'heure une hypothèse qui pourra expliquer ces différences.

Chez nos deux malades, que nous avons trouvés en période d'excitation, l'un a manifesté de l'hyperpepsie qualitative, l'autre, de l'hypopepsie avec fermentations acides.

Cette fréquence de l'asthénie digestive nous permet peut-être de rapprocher la lypémanie dépressive de la neurasthénie. On a dit que les frontières, entre elles, étaient bien difficiles à établir. Les rapports au point de vue psychique, semblent se retrouver dans l'analogie de ces troubles somatiques.

ROLE DES TROUBLES DIGESTIFS

Quel est le rôle de ces troubles digestifs dans la marche de la maladie ? Les uns, nous l'avons vu dans la revue historique, les ont considérés comme l'élément causal ; les autres, au contraire, en ont fait une conséquence.

La question est fort complexe. De cette forme d'aliénation, en effet, plus que de toute autre peut-être, on peut dire qu'elle est « une maladie de l'organisme entier ». Toutes les fonctions sont plus ou moins troublées : ce n'est pas l'activité du processus digestif qui seule est atteinte. Toutes les humeurs sont altérées. Ces altérations, du moins certaines, peuvent être la conséquence aussi bien que la cause des troubles digestifs.

La composition du sang est de beaucoup modifiée. L'hypoglobulie signalée, il y a longtemps par Wittorf et Erlenmayer (1), a été étudiée aussi, en 1884, par M. Mairet (2). Ses numérations ont montré combien le rapport entre les globules blancs et les globules rouges était changé au profit des premiers. Ces recherches ont été reprises par Raggi (3) et

(1) Wittorf et Erlenmayer. Cités par Feré : in *Pathologie des émotions*. Paris, 1894.

(2) Mairet. In *Recherches sur l'élimination de l'acide phosphorique chez l'homme sain, l'aliéné, l'épileptique, l'hystérique*. Paris, Masson, 1884.

(3) Raggi. *Rivista sperim. de freniatria e di med. legale*, 1887.

Seppili (1), puis par Johnson Smith (2) et Winckler (3).

La teneur en hémoglobine n'est pas moins diminuée. Whitmore Seele (4), à la suite de ses expériences, a pu noter les bons résultats du traitement systématique de la lypémanie par les ferrugineux et les toniques.

Des faits basés sur des observations toutes récentes aussi sont consignés dans la thèse de Viallon (5). Ecrite sous l'influence de M. le professeur Pierret, elle met en évidence cette action funeste chez les jeunes filles.

Mazocchi (6) a voulu établir le rôle de l'acide urique dans les formes dépressives : il existerait dans le sang de beaucoup de lypémaniques.

Malgré toutes ces variations, diminution du nombre des globules, de l'hémoglobine, qui sont les deux éléments lourds du sang, la densité reste plus élevée. Il faut donc admettre, comme le fait remarquer Smith, que le poids spécifique du plasma doit être augmenté.

La toxicité, d'autre part, « est notablement diminuée dans la lypémanie tranquille, sauf dans les périodes d'agitation intense et durable. Diminué, aussi, le pouvoir bactéricide... »

(1) Seppili. Riv. sper. de freniat. e di med. leg. 1888.

(2) Johnson Smith. Recherches sur le sang et l'urine des aliénés. In The journal of mental science, décembre 1890.

(3) Winckler. Examen du sang chez les aliénés. In Neurologisches Centralblatt, 1891.

(4) Whitmore Seele. Le sang dans la mélancolie et l'effet du traitement tonique systématique. In American journal of Insanity, avril 1893, p. 134.

(5) Viallon. Anémie et mélancolie. Th. de Lyon 1892.

(6) Mazocchi. L'acide urique dans les formes dépressives de la folie. In Rivista sperimentale de Fren. e di med. Leg., 1891, t. xviii, fasc. 2.

(D'Abundo) (1). Des expériences inédites de MM. Mairet (2) et Bosc établissent, au contraire, que ce pouvoir toxique est augmenté.

Aussi intéressante est l'étude des variations des éléments de l'urine. Un travail très important à ce sujet est dû à M. le professeur Mairet (3). La quantité de l'urine est diminuée, la densité est augmentée. La réaction est variable (n'y aurait-il pas là relation avec la variabilité des troubles dyspeptiques)?

L'azote rendu en 24 heures est diminué. L'acide phosphorique uni aux terres est augmenté, l'acide phosphorique uni aux alcalis est diminué. L'acide phosphorique total est légèrement diminué ou normal.

De cette inversion des rapports, M. Mairet tire les conclusions suivantes :

1^o La lypémanie augmente les échanges en acide phosphorique qui se passent au sein de la substance cérébrale ;

2^o La lypémanie ralentit la nutrition générale.

Les recherches de MM. Mabillet et Lallemant (4) ont montré la fréquence de l'albuminurie, de l'acide urique dans beaucoup de cas de mélancolie.

Nombreux éléments anormaux ont été signalés encore.

Nous ne pouvons pas insister là-dessus ; nous n'avons qu'à renvoyer au rapport de M. Régis (5) au Congrès de Médecine mentale de 1893. L'humorisme des aliénés, et entre autres

(1) Dr Abundo. Sur l'action bactéricide du sang des aliénés. In *Rivista sperimentale*, 1892.

(2) Mairet et Bosc. Expér. inédites.

(3) Mairet. Loc. citato. Recherches sur l'Elimin... p. 180.

(4) Mabillet et Lallemant. Les folies diathésiques. Mémoire couronné par l'Académie des Sciences. Paris, Masson, 1890.

(5) Régis. Communiqué au Congrès de méd. mentale, août 1893.

celui des lypémaniques, y est étudié avec les indications bibliographiques les plus récentes.

Rappelons seulement que la toxicité urinaire se trouve considérablement augmentée, d'après de nombreux travaux, parmi lesquels ceux de MM. Mairet et Bosc (1).

Non moins atteints d'ailleurs sont les autres systèmes sécréteurs. Les sueurs, dont le rôle ne doit pas être négligé comme émonctoire naturel, sont abondantes chez certains et exhalent des odeurs particulières : chez d'autres, au contraire, la peau est sèche et rugueuse.

L'haleine dénote aussi souvent l'élimination de substances peut-être fortement toxiques.

La salive des lypémaniques est rare, elle sort visqueuse, peu abondante. Et cette pénurie ne vient-elle pas de son côté aggraver les causes de dyspepsie ?

La sécrétion biliaire est aussi affectée ; chez beaucoup de nos malades, nous avons noté la teinte subictérique des téguments. Depuis les expériences de Roger, le rôle du foie comme moyen de défense est bien nettement établi.

Et ce rôle est d'autant plus difficile, dans l'espèce, que la paresse intestinale, l'atonie accompagnent les troubles stomacaux.

Si nous voulions mettre cet état général de dystrophie sous la dépendance des troubles dyspeptiques, en l'état actuel, deux théories sembleraient pouvoir en donner une explication : la théorie des fermentations, due à M. Bouchard ; la théorie de la viciation du processus de peptonisation, due à M. Hayem.

La question des fermentations gastro-intestinales a été

• (1) Mairet et Bosc. Recherches expérimentales sur la toxicité de l'urine des aliénés. (Archiv. de Physiologie, janvier 1892.) Recherches sur la toxicité de l'urine normale et pathologique. Paris, Masson, 1891.

longtemps considérée comme bonne et irréfutable. La présence des micro-organismes dans l'estomac est reconnue depuis le jour où Godsir découvrait les sarcines, plus tard longuement étudiées par Falkenstein (1). Les recherches de de Bary (2), d'Abelous (3), de Capitan et Moreau (4) ont plus tard mis en lumière la richesse de la flore bactérienne dans ce milieu.

D'autre part, des expériences de MM. Wurtz et Strauss (5), d'Hamburger (6), pouvaient se tirer les conclusions suivantes : à savoir que le pouvoir antiseptique du suc gastrique existe, qu'il est en proportion avec la richesse de celui-ci en acide chlorhydrique, mais qu'il est diminué par toutes les combinaisons de cet acide avec les divers substances qui se produisent pendant la digestion.

Rémond et Mathieu (7), Cassaët (8), plus récemment, montraient que le suc d'un hyperchlorhydrique ne s'altère pas.

Et de toutes ces analyses, se déduisaient les nombreuses conséquences fâcheuses de la pauvreté d'un suc gastrique en HCl. Possibilité de fermentations anormales ; production de substances irritantes pour la muqueuse ; production de gaz qui vont devenir une cause de gêne et de dilatation ; formation de substances toxiques ; retentissement sur l'intestin (cette sauvegarde des gastropathes) ; action sur le foie, sur le rein, ces deux émonctoires ; et enfin empoisonnement dyscrasique de tout l'organisme.

(1) Falkenstein. Archiv. für experim. Path. und Pharmac. Bd xix.

(2) W. de Bary. Id. Bd xx.

(3) Abelous. Thèse de Montpellier, 1888.

(4) Capitan et Moreau. Société de biologie, 1889.

(5) Strauss et Wurtz. Archiv. de méd. expér. (1889), tome I, 370.

(6) Hamburger. Centralblatt Klinisches medic. n° 24, 1891.

(7) Rémond et Mathieu. In. Tr. de médecine. Des dyspepsies.

(8) Cassaët. Bulletin de la Soc. d'Anat. et de Physiol. de Bordeaux, décembre 1893. Février 1894.

Aujourd'hui, l'enthousiasme semble avoir un peu baissé. Les examens ont continué, des arguments nouveaux sont venus ternir un peu ce rôle de défenseur de l'organisme contre les poisons stomacaux qui semblait dévolu à l'acide chlorhydrique.

« La flore bactérienne, en effet, a montré Lesage (1), est remarquable par sa pauvreté chez les aseptiques et les hypo-peptiques ».

L'injection intra-péritonéale, chez des cobayes, de doses notables de contenu gastrique avec fermentations abondantes n'a jamais donné d'effet toxique entre les mains de Soupault.

La théorie de Hayem est résumée ainsi par son auteur : « Au point de vue des désordres généraux consécutifs aux troubles de la digestion, il y a lieu de faire jouer un rôle peut-être plus important encore aux produits albuminoïdes anormaux mis en lumière touchant les déviations quantitatives de la digestion. »

Peut-être, en effet, pourrait-on trouver un argument en faveur de cette manière de voir, dans la présence de la peptotoxine. Cette albuminoïde, trouvée d'abord par MM. Bouveret et Devic, dans le cas de dilatation avec hyperchlorhydrie, a été retrouvée tout récemment dans tous les cas.

Et les auteurs précédents n'attribuent pas le pouvoir toxique « à des fermentations, mais précisément à des albumines devenues viciées en vertu de la viciation du processus de peptonisation. »

On a opposé arguments variés à cette hypothèse de M. Hayem. Les uns ont discuté la valeur de C, en tant que

(1) Lesage. In Hayem. Tr. de thérapeutique, les médications, 4^{me} série.

mesure de la peptonisation (1). Les autres ont fait valoir la possibilité pour les animaux de vivre, même sans estomac ; le bon état général de certains apeptiques.

Cette théorie de l'auto-intoxication, certains cliniciens ont voulu l'édifier sur une base, en faire le second acte d'une évolution qui aurait débuté autrement. « Ce qui a dû primer à l'origine, proclame M. le professeur Ball, (2) c'est la crampe des vaso-moteurs. Il en résulte que la circulation est ralentie, les tissus sont raccornis, la température abaissée, les lésions trophiques se produisent... pourquoi s'étonnerait-on que l'intelligence suive le même mouvement ? Les extrémités des membres sont refroidies, mais le cerveau est aussi une extrémité, et pourquoi sa circulation ne se ralentirait-elle pas comme dans les extrémités ? Voilà pourquoi le mélancolique souffre de ce qui se passe dans ses centres nerveux : voilà pourquoi ses capacités sont ralenties ou suspendues. *Voilà pourquoi un état qui désorganise tout l'organisme doit aussi laisser des substances nuisibles se produire, sans pouvoir être éliminées, et porter ainsi le trouble dans le cerveau.* »

M. Ball ne combat donc pas la théorie de Bouchard, mais il la subordonne aux troubles vaso-moteurs. Et certainement, c'est bien une des formes d'aliénation où ils sont le plus nets. Les modifications du pouls y sont souvent relevées (3). Les intervalles de chaleur et de rougeur, les stases, l'hypothermie surtout marquée chez eux (4), les troubles d'asphyxie

(1) Bouveret et Magnien. Lyon Médical, 1891.

(2) Ball. In, l'Encéphale. De la mélancolie, 1888, p. 304.

(3) Duncan Greenless. The journal of mental science. January, 1887, p. 487.

(4) Bouchard. De l'hypothermie chez les aliénés. In Ann. méd. psych., 3^e vol., 1894.

locale, rapportés par de Ritti (1), par Targowla (2), sont bien faits pour appuyer cette manière de voir.

Nous avons encore une manifestation de ces troubles vaso-moteurs dans la variation de la résistance électrique (Vigouroux (3). A ce point de vue, on peut diviser les mélancoliques en deux classes : les uns où cette résistance se trouve augmentée ; les autres chez lesquels elle est diminuée. Les premiers correspondent aux formes dépressives : les seconds aux formes de stupeur. Dans notre étude des dyspepsies nous trouvons des phénomènes analogues. Chez les uns, diminution de la sécrétion gastrique ; chez les autres, augmentation de cette activité. Et d'après les lois formulées par M. Winter (4), ne pourrait-on pas trouver là une interprétation de ces différences ? « Le processus digestif commence et évolue sous l'influence constante de la différence entre les tendances osmotiques du liquide stomacal ingéré et du plasma sanguin. Cette différence est réglée par les phénomènes vaso-moteurs ». Or, dans les deux variétés de lypémanie, ils sont tout à fait opposés. D'un côté, des artères contractées, de l'autre, des artères dilatées, des sueurs.

Cette hypothèse nous semble, au moins, avoir le mérite d'être rationnelle.

En tout cas, pour en revenir au rôle des dyspepsies, on voit

(1) A. Ritti. De l'asphyxie locale des extrémités dans la période de dépression de la folie à double forme. In. Ann. med. Psych., 1882, tome VIII, p. 36.

(2) Targowla. Asphyxie locale des extrémités chez un lypémanique. In Ann. méd. psych. 1889.

(3) Vigouroux. De la résistance électrique chez les mélancoliques. Thèse de Paris, 1890-91.

(4) Winter. Lois de la digestion. Comptes-rendus de l'Académie des Sciences ; séances des 3 et 17 juillet 1893.

combien la question est complexe, et combien il est difficile de leur faire une part dans ce trouble général de la nutrition. Primitives ou secondaires, elles ont toujours une influence nocive. Il se fait en effet un cercle vicieux entre les divers ordres de phénomènes.

Le rôle des auto-intoxications doit être reconnu, puisque, d'une part, le traitement *ad hoc* donne de bons effets; puisque, dans certains cas, les lésions viscérales semblent avoir devancé les manifestations mentales.

Mais, il est certainement un autre facteur dont il faut tenir le plus grand compte: c'est l'état névropathique antérieur. Nous ne voulons pas entrer dans la discussion de cette pathogénie des dyspepsies. Les avis sont partagés et représentés par des hommes d'égale valeur. D'un côté, Bouchard et Hayem considèrent les troubles gastriques comme primitifs; de l'autre, Charcot, Debove, Bouveret, Mathieu, soutiennent le contraire.

Pour nous, nous serions portés à nous ranger à l'avis de ces derniers, pour les diverses raisons que nous avons rencontrées dans l'examen des doctrines des premiers auteurs.

Cet état névropathique aurait sur la muqueuse stomacale son retentissement local, comme il l'aurait sur tous les autres systèmes. Il ne faut pas enlever à l'hérédité qui pèse souvent puissamment sur les aliénés le rôle qui lui a été dévolu: elle se retrouve dans la plupart des observations, directe ou indirecte. Bien souvent, dans les formes d'aliénation, on retrouve des arthritico-nerveux, et comme le dit M. le professeur Pierret (1): « les arthritiques sont fréquemment des dyspeptiques, ils ont des dilatations de l'estomac, des troubles des fonctions intes-

(1) Pierret. Communication au Congrès de médecine mentale de 1889: séance du 8 août.

tinales. D'autre part, leur foie cesse de s'opposer à l'introduction des poisons dans l'organisme. Par là se réalise une seconde condition pathogénique des accidents nerveux chez les arthritiques. Cette condition, c'est l'empoisonnement secondaire. Les arthritiques font d'une part de la mauvaise chimie élémentaire, de plus ils sont soumis à des intoxications secondaires ».

Nous avons vu combien cette chimie de l'organisme était viciée. Et c'est là probablement la véritable cause des troubles qui accompagnent la lypémanie. Nous rentrons ainsi le plus souvent dans ces formes d'aliénation mentale que M. Mairet a décrites sous le nom « d'aliénation par ralentissement de la nutrition ». (Mairet, *loc. cit.*)

TRAITEMENT.

La fréquence des troubles digestifs démontrée de par l'observation clinique et de par l'analyse chimique, montre l'importance du traitement gastrique. Ce que Peter a dit des tuberculeux, on pourrait le dire des lypémaniaques.

D'ailleurs, cette thérapeutique trouve sa justification dans les résultats déjà obtenus. Elle sera d'autant meilleure, qu'elle tiendra compte non-seulement du trouble somatique palpable, mais encore de l'élément nerveux, de l'état de nutrition si profondément troublés.

Donc ici double indication : une médication adressée à l'état névropathique, une seconde adressée au syndrome dyspeptique. Celui-ci étant basé sur des troubles moteurs, des troubles chimiques et des troubles de sensibilité, chaque fois, le clinicien devra essayer de débrouiller la part de chacun d'eux.

Dans les cas d'hyperchlorhydrie, il faut supprimer toute cause d'irritation locale par un régime approprié d'abord, par l'administration des alcalins ensuite. G. Sée conseille un régime fortement azoté : ce sera à lui que nous nous adresserons dans nos cas de lypémanie, de façon à lutter, en même temps, contre l'état d'anémie si prononcé chez beaucoup.

Les alcalins sont le plus souvent administrés sous forme de

bicarbonate de soude. Hayem (1) recommande des doses élevées, et de ses recherches, il résulte que le moment le plus favorable pour leur ingestion est au repas ou bien après les repas, deux heures après environ.

On peut donner ce bicarbonate soit seul, soit associé à la magnésie : l'administrer sous forme de poudre ordinaire, ou sous forme d'eaux minérales.

Des troubles moteurs, ici, nous n'avons guère à tenir compte.

Dans les formes bénignes à hyperchlorhydrie simple, comme celles que nous avons trouvées, l'élément douleur sera suffisamment neutralisé par la médication chimique.

Comme traitement général, nous aurons recours à l'hydrothérapie, et en l'espèce, plus particulièrement.

Dans les cas de dyspepsie nervo-motrice, les plus fréquents dans notre statistique, les indications seront différentes. Il faudra, dans ce cas, tenir grand compte au contraire de l'élément moteur, et chercher à éveiller l'activité stomacale. Nous y arriverons d'abord par la médication acide, administrée le plus souvent sous forme de limonade chlorhydrique. L'acide chlorhydrique agit, en effet, en suppléant celui qui manque, et puis aussi comme stimulant de la sécrétion. Aux alcalins, d'ailleurs, nous pourrions encore nous adresser, à la condition de les donner au moins une heure avant les repas. Tout récemment, cette action du bicarbonate vient d'être expérimentalement démontrée (Gilbert) (2). Au trouble moteur, à l'atonie, nous opposerons les boissons chaudes, recommandées par G. Sée ; l'ipéca (Mathieu) ; les amers. Bien souvent aussi il faudra recourir aux laxatifs.

(1) Hayem. Les grandes médications, tome iv. Médication antidyseptique.

(2) Gilbert. Société de Biologie, 7 juillet 1894.

C'est surtout dans ces cas que nous donnerons des toniques et des stimulants généraux.

Une nouvelle médication s'introduira dans le troisième type des dyspepsies lypémaniques. En plus de la médication tonique, il faudra ici surtout recourir à l'antisepsie gastro-intestinale. On luttera ainsi contre les fermentations organiques par le groupe des naphtols et puis aussi par la médication acide. Comme médicaments, Macpherson (1) a employé de préférence la naphtaline, d'une façon systématique. Il en proclame les bons effets.

La médication acide a aussi son importance. C'est peut-être un des meilleurs succès de l'analyse chimique que d'avoir montré que cette ancienne dyspepsie acide ne l'était pas de par HCl en excès, mais bien de par le développement de fermentations. C'est là que l'acide chlorhydrique trouvera ses véritables indications. Il faudra le donner immédiatement après le repas.

Le traitement de la dilatation, qui souvent accompagne ces formes, pourra s'aider de la contention mécanique par les ceintures.

Le traitement tonique général est toujours indiqué.

En dehors de ces données tirées de l'état du chimisme, nous voulons dire quelques mots de deux modes de traitement qui, dans les cas particuliers, réaliseraient à la fois deux ordres d'indication, tous deux aussi importants dans les cas qui nous intéressent.

On peut se demander si, dans ces cas particuliers, la méthode du gavage de Debove n'aurait pas son utilité. Cette méthode, je rappelle son principe, repose sur ce fait qu'elle ne tient pas compte de la digestion stomacale. Elle supprime cet acte du

(1) Macpherson. De l'influence de la désinfection intestinale sur quelques formes de folie aiguë. The Lancet, 8 août 1892.

processus digestif par l'administration systématique des alcalins. Et alors, Debove (1) donne comme aliments, la poudre de viande. Chez les lypémaniques où nous avons noté un état d'anémie considérable, n'aurions-nous pas une double raison d'agir ainsi ? Suppléer à l'insuffisance stomacale, fournir à l'organisme des éléments de facile absorption ; ce serait donner à l'individu les moyens de lutter contre cet état de dépression générale, base fondamentale de la maladie.

Un autre moyen que nous avons laissé exprès de côté, c'est le lavage. Ici nous avons encore une double action : l'action antiseptique et chimique, et puis une seconde, pas bien définie certainement en tant que mécanisme, mais qui n'en donne pas moins des résultats, « cette dérivation salulaire » dont parle M. Régis (2), un des promoteurs de ce mode de traitement. Les effets en sont encourageants. Il suffit de se reporter aux thèses que nous avons signalées déjà, aux observations de Bettencourt-Rodrigues, à la communication de M. Régis au Congrès de la Rochelle de 1893. (2)

(1) Debove et Rémond. Tr. des maladies de l'estomac.

(2) Régis. Traitement de la sitiophobie des aliénés. Bulletins et Mémoires de la Soc. de méd. de Bordeaux, 1886.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

Le chimisme stomacal est altéré chez les lypémaniques, la motricité est aussi atteinte. Il en résulte une variété très grande dans les formes de dyspepsie.

Ces troubles semblent avoir une certaine relation avec les variétés de lypémanie. C'est ainsi que dans les formes dépressives, la dyspepsie asthénique semble dominer. Dans les cas de stupeur, il y aurait plutôt augmentation de la sécrétion. Dans les cas d'excitation, les résultats sont variables.

On ne peut pas se prononcer sur le rôle exact de ces altérations : elles semblent être un accompagnement plutôt que l'élément causal de la dystrophie générale qui se retrouve dans la lypémanie.

En tout cas, l'estomac dans cette forme de vésanie est une source importante d'indications, en raison du cercle vicieux qui se fait.

Il faudra donc soigner les dyspepsies lypémaniques, suivant leurs variétés.

Le gavage pourrait sans doute être essayé, afin de lutter en même temps contre l'anémie.

Le lavage a déjà donné de bons résultats.

On ne devra jamais négliger l'état général.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier le 19 Juillet 1894.

Le Recteur :
J. GÉRARD.

VU ET APPROUVÉ :
Montpellier le 18 Juillet 1894.

Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que ie sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
